

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

**Nivel de conocimientos sobre cuidados generales que
tienen los familiares de los pacientes con esquizofrenia
en hospitalización II de Salud Mental - Hospital
Edgardo Rebagliati Martins 2016**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Salud
Mental y Psiquiatría

AUTOR

Victoria Rocío Maita Castro

ASESOR

Juana Elena Durand Barreto

Lima - Perú

2016

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS GENERALES QUE
TIENEN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA EN HOSPITALIZACION II DE
SALUD MENTAL - HOSPITAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS 2016**

*A Dios por mi existencia.
A mi madre allá en el cielo, por su
amor incondicional.
A mi esposo Martin por la paciencia
A Ayme y Sara por el tiempo que me
otorgaron.*

*A mi Alma Mater la UNCP
donde inicie mi formación
profesional.
A la UNMSM Unidad de Post
Grado Programa de Segunda
Especialización en Enfermería
por permitirme ampliar mis
conocimientos y especializarme.*

*Mi profundo agradecimiento.
A mi asesora de tesis Juana
Duran por su apoyo y motivación.
A José Carlos y Jordán, por el
apoyo profesional para el
desarrollo de mi tesis.
A todas mis maestras enfermeras
por sus sabias enseñanzas.*

INDICE

	Pág.
ÍNDICE DE GRÁFICOS	v
RESUMEN	vi
PRESENTACIÓN	1
 CAPITULO I INTRODUCCION	
1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	3
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA	7
1.3. JUSTIFICACIÓN	7
1.4. OBJETIVOS	8
1.5. PROPÓSITO	9
 CAPITULO II MARCO TEORICO	
2.1. ANTECEDENTES	10
2.2. BASE TEORICA	14
2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	49
 CAPITULO III METODOLOGIA	
3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	50
3.2. LUGAR DE ESTUDIO	50
3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO	51
3.4. MUESTRA Y MUESTREO	51
3.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN	51
3.6. TÉCNICA E INSTRUMENTO	52
3.7. PROCESO DE ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACIÓN	52
3.8. CONSIDERACIONES ÉTICA	53
 CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSION	
4.1. RESULTADOS	54
4.2. DISCUSION	59
 CAPITULO V CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	
5.1. CONCLUSIONES	69
5.2. RECOMENDACIONES	71
5.3. LIMITACIONES	71
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO Nº		Pág.
1	Conocimientos sobre cuidados generales que tienen los familiares de los pacientes con esquizofrenia en hospitalización II de Salud Mental - Hospital Edgardo Rebagliati Martins. 2016. Lima-Perú 2016.	57
2	Conocimientos sobre cuidados generales según dimensión generalidades sobre la enfermedad por ítems que tienen los familiares de los pacientes con esquizofrenia en hospitalización II de Salud Mental - Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2016. Lima-Perú 2016.	58
3	Conocimientos sobre cuidados generales según dimensión tratamiento por ítems que tienen los familiares de los pacientes con esquizofrenia en hospitalización II de Salud Mental - Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2016. Lima-Perú 2016.	58

RESUMEN

AUTOR : VICTORIA ROCIO MAITA CASTRO
ASESOR : JUANA ELENA DURAND BARRETO

El **Objetivo** fue determinar los conocimientos sobre los cuidados generales que tienen los familiares de los pacientes con esquizofrenia en hospitalización II de Salud Mental - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2016. **Material y Método.** El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 60. La técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario aplicado previo consentimiento informado. **Resultados.** Del 100% (60), 62% (37) conocen y 38% (23) no conocen; en cuanto a la dimensión generalidades sobre la enfermedad, 60% (36) conocen y 40% (24) no conocen, en la dimensión tratamiento 43% (26) conocen y 57% (34) no conocen. Los aspectos que conocen 63% (38) refieren que el mayor riesgo de un paciente con esquizofrenia sin tratamiento es suicidio y/u homicidio, 67% (40) que el problema para aprender y estudiar en el paciente está dado por el deterioro de la atención, memoria y funciones ejecutivas, mientras que 40% (24) no conocen que es una enfermedad que se produce por un desbalance bioquímico cerebral, 43% (26) que las alucinaciones se consideran como un trastorno en la percepción. **Conclusiones.** El mayor porcentaje conocen que la causa la esquizofrenia es desconocida, el rol de la familia en relación al cuidado está dada por acompañamiento en los momentos de su tratamiento y que el abandono del tratamiento produce recaída; mientras que un menor porcentaje considerable, no conocen que la psicoterapia individual consiste en sesiones programadas con regularidad para que el paciente conozca sobre su enfermedad y reconozca los síntomas de alarma o recaída.

PALABRAS CLAVES: Conocimientos de los familiares sobre los cuidados generales al paciente esquizofrénico. Generalidades sobre la Esquizofrenia. Tratamiento de la Esquizofrenia. Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría.

SUMMARY

AUTHOR: VICTORIA ROCIO MAITA CASTRO

ADVISOR: JUANA ELENA DURAND BARRETO

The **objective** was to determine the knowledge about the general care with relatives of patients with schizophrenia hospitalization II Mental Health - National Hospital Edgardo Rebagliati Martins. 2016. **Material and Method.** The study was applicative level, quantitative type, descriptive method of cross section. The population consisted of 60. The technique was the survey instrument and a form type questionnaire applied prior informed consent. **Results.** 100% (60), 62% (37) they know and 38% (23) do not know; regarding the general dimension of the disease, 60% (36) 40% know and (24) do not know, in the treatment dimension 43% (26) 57% know and (34) do not know. Aspects that know 63% (38) reported that the increased risk of a patient with schizophrenia without treatment is suicide and / or homicide, 67% (40) that the problem to learn and study in the patient is given by the deterioration of the attention, memory and executive functions, while 40% (24) do not know that it is a disease caused by a brain biochemical imbalance, 43% (26) that hallucinations are considered as a disorder in perception. **Conclusions.** The highest percentage known that the cause of schizophrenia is unknown, the role of the family in relation to the care is given by accompaniment at times of treatment and treatment discontinuation relapse occurs; while a less significant percentage do not know that individual psychotherapy involves regularly scheduled so that the patient knows about their disease and recognize the warning symptoms or relapse sessions.

KEYWORDS: Knowledge of family on the general care schizophrenic patient. Overview of Schizophrenia. Treatment of Schizophrenia. Nursing in Mental Health and Psychiatry.

PRESENTACIÓN

En los últimos años el incremento de las enfermedades que afectan la salud mental, deben ser identificados precozmente en todos los niveles de atención según categorización de los servicios de salud; el cual produce una seria repercusión no solo en su estado de salud, sino que también en la vida familiar.

La enfermedad mental es considerada una enfermedad severa y crónica, cuya incidencia es mayor en jóvenes y adultos jóvenes, repercutiendo en la continuidad de sus estudios, en el ambiente académico, laboral, familiar y social, que se evidencia por un deterioro de sus capacidades para establecer una comunicación adecuada con su entorno social y familiar, tendencia a abandonar los estudios, hábitos de higiene y arreglo personal, alimentación y conductas de aislamiento o alteración de los estados de ánimo con irritabilidad o intolerancia a los ruidos; es decir se produce serias modificaciones en su estilo de vida alterándose especialmente la gestión efectiva del autocuidado referente a la alimentación, eliminación, sueño e higiene personal y del ambiente que les rodea.

Por lo que dentro del entorno al paciente con esquizofrenia, la familia constituye el principal soporte de apoyo en el cuidado de la salud en el hogar; es decir conocer la enfermedad, sus rasgos característicos, signos y síntomas, tratamiento, continuidad de la adherencia al tratamiento, y la importancia de la participación familiar en el cuidado, y así contribuir a mejorar su calidad de vida dentro del círculo familiar y comunal.

El presente estudio titulado “Nivel de Conocimientos sobre los cuidados

generales que tienen los familiares de los pacientes con esquizofrenia en hospitalización II de Salud Mental - Hospital Edgardo Rebagliati Martins. 2016”; tuvo como objetivo determinar los conocimientos sobre los cuidados generales que tienen los familiares de los pacientes con esquizofrenia en hospitalización II de Salud Mental. Con el propósito de proporcionar información actualizada a las autoridades de la institución, del servicio de hospitalización II de Salud Mental y personal profesional de enfermería, a fin de que le permita diseñar programas de educación para la salud dirigida al paciente y familia sobre los cuidados generales, mediante estrategias orientadas a promover la elaboración de material educativo como trípticos, afiches y boletines destinada a contribuir en el proceso de recuperación en el hogar y disminuir el riesgo a complicaciones, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

El estudio contiene Capítulo I. Introducción, que consta de situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos y propósito. Capítulo II. Marco Teórico, que expone los antecedentes, base teórica, y definición operacional de términos. Capítulo III. Metodología, que comprende el nivel y diseño de la investigación, lugar del estudio, población de estudio, muestra y muestreo criterios de selección, técnica e instrumento de recolección de datos, proceso de análisis e interpretación de la información y consideraciones éticas. Capítulo IV. Resultados y Discusión. Capítulo V. Conclusiones, limitaciones y recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La esquizofrenia es una de las enfermedades que afecta la salud mental tan antiguas como la humanidad, en otras épocas se les llamaba “locos”, “lunáticos”, “enajenados” y hasta “poseídos por el demonio”. Por lo que se les ha considerado como seres marginados que sufren el desprecio, incompreensión y víctima de brujerías, razón por la cual algunos familiares acuden a los brujos para sacarles el demonio que llevaban dentro; de igual manera se les ha sometido a muchos experimentos recluidos en centros parecidos a cárceles, ya que eran considerados seres peligrosos e imprevisibles. Por lo que históricamente se evidencia que es una enfermedad invalidante para la sociedad y de mayor repercusión para la familia, ya que con frecuencia muchas familias maltratan a estos pacientes por desconocimiento.

En 1409, en España, se fundó el primer centro psiquiátrico por P. Joffre, con el propósito de controlar y evitar que la comunidad adopte actitudes poco asertivas como el apedreamiento de los pacientes en las calles de la ciudad. Posteriormente de forma sucesiva fueron creándose otros centros, con la finalidad de evitar el daño, el maltrato y la marginación de estos pacientes.

Con respecto al tratamiento, los medicamentos aparecieron en los años 50 para aliviar los síntomas y así poder recuperar la dignidad como seres humanos, estos fármacos llamados neurolépticos o antipsicóticos han contribuido a que muchos enfermos puedan salir de los hospitales

y que no tuvieran que volver a ingresar, sin embargo el tratamiento farmacológico no es suficiente, ya que se requiere de orientación - educación y rehabilitación para contribuir a la adherencia al tratamiento y al proceso de recuperación.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que la esquizofrenia afecta a 52 millones de personas en todo el mundo y se calcula que cada año se diagnostican entre 15 y 30 casos nuevos de esquizofrenia por cada 100 000 habitantes ¹

En ese sentido el Ministerio de Salud informó que más de 280 mil peruanos sufren de esquizofrenia, y que solo un 62% tienen diagnóstico definido y reciben tratamiento, mientras que el resto no acude a los servicios de salud. Según reportes del Hospital Víctor Larco Herrera informó que el 60% de los pacientes que acuden a este hospital proceden de los distritos de Villa María del Triunfo, Villa El Salvador, Callao, San Miguel, Barranco , cuyas procedencias son; de Ayacucho, Huancavelica, Puno y Huánuco, y en menor porcentaje de Amazonas, Junín, Pasco y San Martín. ²

La esquizofrenia puede empezar a cualquier edad, pero lo más frecuente es que se inicie entre los 16 y 25 años. Es raro el inicio de la esquizofrenia después de los 40 años. Los niños más raramente también pueden tener esquizofrenia ³ El riesgo de padecer la enfermedad es mayor si existen antecedentes en la familia, siendo 10 veces mayor si el padre o la madre la tienen, y hasta 40 veces más si ambos progenitores tienen esquizofrenia. Si algún miembro de la familia tiene esquizofrenia y la persona tiene más de 30 años el riesgo es muy bajo.

La esquizofrenia como trastorno mental se caracteriza por la falta de la capacidad de pensar, sentir y actuar lo que interfiere en su desempeño e interacción social, dado que estos pacientes en la mayoría de casos no diferencian lo real de lo imaginario; o tienen dificultades para expresar sus emociones.

Dentro de los síntomas de la esquizofrenia, tenemos que esta se caracteriza por alteraciones de la percepción que se evidencia por las alucinaciones auditivas ya que expresan que escuchan voces o ruidos, así como alucinaciones visuales con percepciones de objetos o personas de manera irreal o distorsionada; trastornos en el pensamiento que se evidencia por la presencia de ideas delirantes de grandeza, de daño; un tercio de los paciente a menudo tienen delirios de persecución, o creencias como que se les está estafando, acosando, envenenando o conspirando en su contra, tiene pensamientos obsesivos o repetitivos, se distrae fácilmente, e incapaz de centrar su atención, presenta dificultad para comunicarse, tendencia a aislarse y/o adoptar conductas agresivas o agitación, especialmente en episodios agudos de la enfermedad. Mientras que dentro de los síntomas negativos se observa en el paciente ausencia de motivación, retraimiento social, apatía e insensibilidad emocional; es decir severa reducción en la expresividad emocional, pueden pasar días enteros sin hacer nada en absoluto, descuidando la higiene más elemental y los hábitos alimentarios, entre otros, lo cual puede conllevar al suicidio como un serio peligro para su integridad física mental.

El tratamiento de la esquizofrenia es farmacológico (se emplean los antipsicóticos), psicoterapéutico (hacer comprender a la persona su trastorno, cómo convivir con él y cómo enfrentarse a las crisis) y psicosocial (aspectos y dispositivos que ayudan a la persona con

esquizofrenia a convivir con su enfermedad y mantener el mayor grado de actividad social diaria posible) ⁴.

De ahí que la familia cumple un rol importante en el cuidado al paciente con esquizofrenia en el hogar, contribuyendo en la continuidad del tratamiento para mejorar el proceso de recuperación, siendo importante que el profesional de enfermería en los servicios de salud, oriente y a través de estrategias participativas enseñe y anime a los familiares sobre la importancia de participar en el manejo de las diferentes conductas o forma de comportamiento que adopta el paciente, identificar precozmente los signos y síntomas de complicaciones, lo que pueda ocasionar un mayor deterioro, que podría llevar a situaciones de riesgo al paciente y a la familia, así mismo aprender a vivir y manejar situaciones de crisis de los pacientes con esquizofrenia.

Según Mantonakis y colb (1985) refiere; “la familia puede afectar positiva o negativamente especialmente en el cumplimiento del tratamiento ya que muchos familiares tienen conceptos errados sobre la medicación, lo cual puede influir en forma negativa sobre el paciente, es decir el bajo nivel de conocimiento sobre la esquizofrenia de los familiares del paciente, se asocia con actitudes negativas frente al uso de los antipsicóticos.

Razali y col (1995) afirma que las características culturales tales como ciertas creencias místicas o religiosas pueden tener una influencia adversa sobre el cumplimiento; por ejemplo en algunas culturas las enfermedades psiquiátricas son atribuidas a fenómenos sobrenaturales por lo que los enfermos mentales acuden al curandero, persona que generalmente recomienda la suspensión de los medicamentos.

Al interactuar con la familia de los pacientes en el servicio de salud mental refieren: “a veces no sé qué hacer”, “me preocupa cuando no quiere comer...y no quiere bañarse.....cuando le exijo se molesta...me da miedo”.....”a veces no me hace caso....no quiere tomar las medicinas.....tengo que engañarlo”, “se sanará”, “cuando termine las pastillas será como antes”.....”tengo miedo que se torne violenta y rompa las cosas”, entre otras expresiones.

Ante esta situación se formularon algunas interrogantes, tales como; ¿cuáles son las actitudes de los familiares ante la enfermedad mental?, ¿cuáles son los conocimientos de los familiares sobre los cuidados al paciente esquizofrénico en el hogar?, ¿cuál es la percepción del familiar sobre la enfermedad mental?, ¿cuál es la opinión de los familiares sobre el tratamiento del paciente esquizofrénico en el hogar?, entre otros.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

Por lo expuesto se creyó conveniente realizar un estudio sobre:

¿Cuáles son los conocimientos sobre cuidados generales que tienen los familiares de los pacientes con esquizofrenia en hospitalización II de Salud Mental - Hospital Edgardo Rebagliati Martins. 2016?.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Durante los últimos años el incremento de las personas que sufren esquizofrenia, experimentan serios cambios y/o modificaciones en su estilo de vida que repercute no solo su vida personal, sino también social, familiar y el entorno laboral. Por lo que el profesional de

enfermería que labora en los servicios de salud mental debe orientar a los familiares sobre cuidados generales que debe recibir el paciente en el hogar en cuanto a la identificación precoz signos y síntomas, manejo de las conductas depresivas y agresivas, el tratamiento y la continuidad de la asistencia médica para contribuir a disminuir el riesgo a complicaciones que puede conllevarle a un mayor deterioro de sus capacidades, prolongar la estancia hospitalaria y los costos.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar los conocimientos sobre cuidados generales que tienen los familiares de los pacientes con esquizofrenia en hospitalización II de Salud Mental - Hospital Edgardo Rebagliati Martins. 2016.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los conocimientos sobre cuidados generales según dimensión generalidades sobre la enfermedad por ítems que tienen los familiares de los pacientes con esquizofrenia en hospitalización II de Salud Mental - Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2016.
- Identificar los conocimientos sobre los cuidados generales según dimensión tratamiento por ítems que tienen los familiares de los pacientes con esquizofrenia en hospitalización II de Salud Mental - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2016.

1.5. PROPÓSITO

Los resultados del estudio están orientados a proporcionar información actualizada a las autoridades de la institución, del servicio de hospitalización II de Salud Mental y personal profesional de enfermería que labora, a fin de que a partir de la reflexión sobre los hallazgos les permita elaborar e implementar programas de educación para la salud sobre los cuidados generales al paciente esquizofrénico en el hogar al paciente y familia, asimismo promover en el personal de enfermería la elaboración de material educativo como trípticos, afiches y boletines orientadas a contribuir en el proceso de recuperación en el hogar y disminuir el riesgo a complicaciones, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES

A Nivel Nacional

Li Nin José, Rondón Marta, Mina Rosa, Ballón Reynaldo; el 2003, en Lima – Perú; realizaron un estudio de investigación titulada “Causa de Re hospitalización de pacientes Esquizofrénicos Crónicos”, cuyo objetivo fue determinar los factores relacionados con la alta tasa de re hospitalización de un grupo de pacientes esquizofrénicos. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método cuasi experimenta, la población fue de 25 pacientes y 25 familiares, la técnica fue el análisis documental y la encuesta, y los instrumentos fueron el cuestionario de autovaloración de Horowitz y un cuestionario de conocimiento sobre esquizofrenia. La conclusión entre otros fue que “existe un alto malestar psicológico entre familiares de pacientes psicóticos, probablemente relacionados al rechazo al enfermo y a la falta de conocimientos sobre la enfermedad y su curso, que no les permite hacerse cargo del cuidado del paciente en casa. Por lo tanto, una mejor atención a las emociones y educativas de las familias, con un enfermo esquizofrénico podría redundar en una mayor permanencia del paciente en el seno familiar.”⁵

Mazuelos B., Sandra; Santivañez C., Roxana; Valencia R., María; en 1989, en Lima – Perú, llevaron a cabo un estudio sobre, “Nivel de conocimientos sobre esquizofrenia y el tiempo de enfermedad del paciente esquizofrénico y su influencia en la actitud de los familiares en

el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi y el Hospital Hermilio Valdizán”; cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de los familiares sobre esquizofrenia y el tiempo de enfermedad del paciente esquizofrénico y su influencia en la actitud de los familiares hacia el paciente. El método fue descriptivo de corte transversal, la población estuvo conformada por familiares de pacientes con esquizofrenia, la técnica fue la encuesta y los instrumentos fueron un cuestionario y una escala de actitudes. Dentro de sus conclusiones tenemos que; que necesario implementar programas educativos, de asesoría familiar, seguimiento del paciente, entre otros que contribuyan a lograr una actitud positiva en los familiares, así como su participación activa en la rehabilitación del paciente. ⁶

Napan Navarro Mercedes, el 2004, en Lima – Perú, realizó un estudio sobre “Nivel de conocimientos en pacientes sometidos a Hemodiálisis luego de participar en una actividad educativa de enfermería-Centro de Diálisis del Norte S.A.C – 2004”; el cual tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento que tiene los pacientes sometidos a hemodiálisis luego de participar en una actividad educativa de enfermería con la finalidad de motivar en el personal de enfermería un mejor desempeño en la atención a los pacientes sometidos a hemodiálisis a través del desarrollo de actividades educativas orientadas a promover participación del paciente en su tratamiento permitiéndole una mayor comprensión del conocimiento. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método cuasi experimental de corte transversal. La población estuvo conformada por 31 pacientes. La técnica fue la entrevista y el instrumento el cuestionario. Las conclusiones fueron entre otras que; *“la actividad educativa de la enfermera modifica el nivel de conocimiento sobre la insuficiencia renal Crónico Terminal, su tratamiento y prevención de complicaciones en*

los pacientes sometidos a hemodiálisis luego de ser aplicada lo cual fue demostrado a través de la prueba T de student obteniéndose un $T_{calc}=9.46$, con un nivel de significancia de $\alpha=0.05$ por lo cual se acepta la hipótesis de estudio, es decir que la actividad educativa incrementa el nivel de conocimiento sobre temas relacionadas a su enfermedad ⁷

Duran Tarazona, Lucila Paula, el 2014, en Lima – Perú, realizó un estudio sobre “Conocimientos, Prácticas y Actitudes de Autocuidado en Pacientes Hipertensos pertenecientes a la cartera del Adulto Mayor en el Hospital Uldarico Rocca Fernández Villa El Salvador 2014”. El objetivo fue determinar los conocimientos, prácticas y actitudes en pacientes hipertensos pertenecientes a la cartera del adulto mayor en el Hospital Uldarico Rocca Fernández. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La muestra fue obtenida mediante el muestreo probabilístico de proporciones para población finita y aleatoria simple conformada por 91 pacientes. La técnica fue la entrevista y el instrumento un formulario tipo cuestionario y la escala de Likert modificada. Las conclusiones fueron entre otros; *“que el mayor porcentaje de los pacientes hipertensos conocen sobre su autocuidado respecto a la alimentación, actividades físicas, asistencia a sus controles médicos y de enfermería para evitar complicaciones. Así mismo el mayor porcentaje tiene prácticas inadecuadas, que está dado por la frecuencia de los ejercicios de moderada intensidad, consumo de carne de pescado y control de la presión arterial. La mayoría tiene actitudes medianamente favorables a desfavorables, en lo relacionado a los medicamentos y el control de la presión arterial.* ⁸

A Nivel Internacional

Gómez de Dubon y Dora Florencia; en Guatemala, el 2011, realizaron un estudio sobre “Conocimiento, actitudes y prácticas de autocuidado de los pacientes diabéticos de 40-60 años que asisten a la consulta externa del Hospital de Amatitlán-Julio 2011”; cuyos objetivos fueron identificar los conocimientos del autocuidado de los pacientes diabéticos de 40 a 60 años que asisten a la consulta externa del Hospital Nacional de Amatitlán, describir las actitudes en relación a su autocuidado y enumerar las prácticas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos de 40 a 60 años que asisten a la consulta externa. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 96 pacientes que asisten a consulta externa. Las conclusiones fueron entre otras que; *“el 4% de pacientes diabéticos de 40 a 60 años entrevistados conoce la definición de la Diabetes Mellitus mientras el 96% no poseen dicho conocimiento .Se menciona que el 100% de los sujetos de la investigación no conoce los tres aspectos que incluye el tratamiento de la diabetes mellitus ya que se limitan a referir solamente uno. Asimismo es preocupante que un 27% desconoce los alimentos que no pueden consumir en una persona diabética y un 51% desconoce los ejercicios físicos que deben realizar. La carencia de este conocimiento vuelve a este grupo de pacientes en un grupo de riesgos para sufrir complicaciones agudas o crónicas inherentes a la enfermedad.”*⁹.

Por los antecedentes revisados, se puede evidenciar que existen algunos estudios relacionados; el cual ha contribuido a diseñar la estructura de la base teórica y metodología; siendo importante que a partir de los resultados del estudio permita diseñar un programa de educación para la salud dirigida a los familiares de los pacientes esquizofrénicos a fin de promover la adopción de una cultura de

prevención con participación activa, consciente y responsable en la identificación precoz de complicaciones, así como en el manejo de las conductas derivadas de la enfermedad, lo cual contribuirá a disminuir el riesgo a complicaciones y mejorar la calidad de vida familiar.

2.2 BASE TEORICA

PROBLEMÁTICA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

El Ministerio de Salud a través de la sala de prensa, el 15 de enero del 2015, informo que ante el incremento de la incidencia de enfermedades mentales, la salud mental se atenderá también en hospitales generales de forma articulada iniciando el entrenamiento a profesionales en 15 centros de Lima Norte a cargo del Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Nogushi – Honorio Delgado. De modo que para garantizar la atención de salud mental de más peruanos, la Reforma de Salud ha incorporado esta atención especializada en el Nivel Primario de Salud, como parte de los derechos del paciente.

Ello significa que personas con problemas de salud mental serán atendidas en las redes de servicios y hospitales de salud integradas y articuladas con enfoque comunitario. El Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) del Ministerio de Salud (MINSA), que articula todos los institutos, hospitales y centros de salud de Lima, es el encargado de impulsar este sistema. El Dr. Humberto Castillo Martell, director general del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM HN-HD), señaló que esta es la oportunidad para que todos los establecimientos de salud abran sus puertas para atender la demanda de salud mental de más peruanos. Se considera que cada año el 20 por ciento de la población adulta sufre de algún tipo de trastorno mental; y que solo 1 de cada 10 personas que requiere tratamiento accede a servicios,

porque no hay un servicio cercano y no reconocen la enfermedad debido al estigma.

Castillo Martell precisó que los médicos generales tienen la formación médica de pre grado que incluye el desarrollo de las capacidades básicas para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales. Anunció que los expertos del INSM están entrenando a los profesionales de 15 centros de salud de Lima Norte, a través del acompañamiento y asistencia técnica en salud mental. Dijo que se ha generado un paradigma incorrecto de que la salud mental debe ser atendida solo por psiquiatras y psicólogos. En el Perú hay 700 psiquiatras y 1500 psicólogos aproximadamente, y con esa cantidad es imposible cubrir la atención en los más de 7,000 establecimientos de salud en el país. “Tenemos que ayudar en esta tarea, la salud mental involucra a todos”. También anunció el incremento notable de atenciones en salud mental, revelando el director del INSM que las atenciones en el Instituto se incrementaron de 16,973 a 29,212 entre 2012 y 2014, significando un incremento del 72.10 por ciento en solo 2 años. “Podemos ver que hay una creciente demanda de atención y que es necesario fortalecer toda red para satisfacer esta demanda”.

Asimismo el Dr. Castillo, explicó que en el pasado la salud mental estuvo desatendida, vista mediante un sistema manicomial, con poca oportunidad de atención, el encierro y disciplina eran prácticas de control y tratamiento únicos, lo que originó una cultura de estigma y prejuicio que la enfermedad mental era catalogada como locura. No obstante, enfatizó, que dicho sistema es muy lejano de la verdad, pues ahora la atención de salud mental se ha modernizado, se cuenta con tecnologías farmacológicas y psicoterapéuticas eficaces. “Los lineamientos de la Reforma del sector Salud priorizan una atención

basada en derechos, y en eso estamos trabajando integradamente. Estas tecnologías se están poniendo al acceso de la población a través del aseguramiento universal y el fortalecimiento de las redes de salud para tratar tanto problemas leves como severos”.

GENERALIDADES SOBRE LA ESQUIZOFRENIA

Durante las últimas décadas el incremento de las enfermedades que afectan la salud mental; dentro de la cual se encuentra la esquizofrenia, es considerada como un trastorno mental de carácter grave, y curso clínico variable con una recuperación sintomática y social completa aproximadamente en una tercera parte de los casos. Sin embargo, en la mayoría de las veces sigue una evolución crónica o recurrente, con síntomas residuales y una recuperación social crónica que hace que sea considerada como un problema de salud pública.

Tal es así que la esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica, que pertenece a los trastornos psicóticos con diferentes fases de actividad clínica caracterizadas por alucinaciones, ideas delirantes y trastorno de otras funciones mentales. Esta enfermedad puede tener un curso crónico y deteriorar en forma progresiva que hace que se presente serias repercusiones sociales. Esta enfermedad se caracteriza por una mutación sostenida de varios aspectos del funcionamiento psíquico del individuo, principalmente de la conciencia de realidad, y una desorganización neuropsicológica más o menos compleja, que lleva a una dificultad para mantener conductas motivadas y dirigidas a metas y a una significativa disfunción social. Así, una persona con este diagnóstico, por lo general, muestra un pensamiento desorganizado, delirios, alucinaciones, alteraciones afectivas en el ánimo y las emociones, lenguaje y conductuales.

EPIDEMIOLOGIA

La enfermedad suele presentarse por primera vez en la adolescencia tardía o primeros años de la juventud. Las formas paranoides suelen aparecer en la edad media de la vida y por otra parte se dan formas específicas de presentación en pacientes ancianos. No hay predominancia por sexos, razas o estado civil, aunque parece que la incidencia es algo mayor en clases sociales menos favorecidas. Se estima que la incidencia de esquizofrenia es de 10 a 20 casos por 100.000 personas al año.

ETIOPATOGENIA

Dentro de las causas tenemos que está se relaciona a la existencia de factores genéticos involucrados, y que esta alteración se encuentra en el cromosoma 5. Las posibilidades de tener la enfermedad si uno de los padres la padece son del 6%, y del 10% si es un hermano. En los casos de gemelos asciende del 9% a 26% en casos dicigóticos y 35% al 58% en caso de gemelos monocigóticos¹⁰.

La disminución de la dopamina (neurotransmisor) mejora la capacidad perceptiva de estos pacientes, y hace que los síntomas positivos de ideas delirantes y alucinaciones desaparezcan. Sin embargo, existen algunos conceptos que no se ajustan a esta teoría. Así por ejemplo, no existen variaciones fuera de los límites normales de metabolitos y receptores de dopamina en los “estados positivos”. Además el papel de este neurotransmisor es mucho más complejo, parece que la cantidad de dopamina unida a sus receptores en el lóbulo frontal puede explicar algunos de los síntomas. Esto se puede objetivar con técnicas de neuroimagen como es la resonancia magnética cerebral que muestra la disminución del volumen de ciertas regiones cerebrales entre ellas el hipocampo o la corteza cerebral temporal superior.

Aún, cuando no se conoce bien las causas de la esquizofrenia, se conoce que hay algunos factores que pueden ser favorables y otros modificados o descartados a través de los años. La investigación científica sugiere en pocas palabras, que la genética, el desarrollo prenatal, el medio ambiente en la vida temprana del individuo, la neurobiología y teorías psicológicas y los procesos sociales, son algunos de los factores más importantes.

SIGNOS Y SINTOMAS

Es una enfermedad de personas jóvenes y que puede iniciarse de forma brusca o lenta y progresiva. En la mayoría de casos, el paciente ya presentaba antecedentes de alteraciones en el comportamiento o en el aprendizaje. Los síntomas se han clasificado en positivos y negativos. También hay síntomas generales, como puede ser el descuido de la higiene personal, apetito o sed desmedida, abuso del tabaco o de otras sustancias, etc.

Los síntomas de la esquizofrenia, se dividen en 2 categorías.

SÍNTOMAS POSITIVOS

Son características psicológicas "añadidas" como resultado del trastorno, pero que no se observan normalmente en las personas sanas. Así tenemos:

Alucinaciones.- Se trata de la alteración de la percepción, que pueden producirse a través de cualquiera de los sentidos (oído, vista, tacto, gusto y olfato). La forma más común de alucinación en la esquizofrenia es la auditiva, (oír voces) y las visuales. Estas pueden describir las actividades del paciente, entablar una conversación, advertir de peligros e incluso emitir órdenes.

Delirios.- Creencias personales irracionales, sostenidas a pesar de la evidencia en contra, inexplicables con los antecedentes culturales de la persona. Los pacientes que sufren síntomas de tipo paranoico (aproximadamente un tercio de los pacientes) a menudo tienen delirios de persecución, o creencias irracionales de que se les está estafando, acosando, envenenando o conspirando en su contra. También pueden producirse delirios de grandeza, en los que las personas creen que son figuras importantes o famosas. Algunos pacientes cuentan delirios estrafalarios, tales como la creencia de que un vecino controla su conducta mediante ondas magnéticas; que las personas que aparecen en televisión les dirigen mensajes especiales; o que sus pensamientos están siendo emitidos en voz alta a los demás.

Pensamientos desordenados.- La esquizofrenia afecta a menudo a la capacidad de las personas para "pensar con claridad." Los pensamientos pueden aparecer y desaparecer rápidamente; la persona podría no ser capaz de concentrarse en un solo pensamiento durante mucho tiempo y se distrae fácilmente, incapaz de centrar su atención. Las personas con esquizofrenia pueden no ser capaces de decidir lo que es pertinente o no en una situación. Podrían ser incapaces de relacionar sus pensamientos en orden lógico, ya que sus ideas están desorganizadas y fragmentadas. Esta falta de continuidad del pensamiento, llamada "trastorno del pensamiento", puede dificultar las conversaciones y llevar al aislamiento social. Si lo que dice el individuo carece de sentido para las demás personas, éstas tienden a sentirse incómodas y a dejarle solo.

SÍNTOMAS NEGATIVOS

Son actitudes psicológicas que casi todo el mundo posee, pero que se han perdido en las personas que padecen esquizofrenia, así tenemos:

- Falta de motivación o iniciativa
- Retraimiento social
- Apatía
- Insensibilidad emocional ("embotamiento").

Las personas con esquizofrenia suelen estar emocionalmente "embotadas" o "apáticas". Esto se atribuye a una severa reducción en la expresividad emocional. Una persona con esquizofrenia puede mostrar los signos asociados a las emociones normales (podría hablar con voz monótona, tener expresiones faciales limitadas, y aparecer extremadamente apática). La persona podría recluirse socialmente, evitando el contacto con los demás; y cuando se ve obligada a intervenir, puede no tener nada que decir, dando la impresión de "pobreza de pensamiento." La motivación puede disminuir en gran medida, así como su interés por disfrutar de la vida. En los casos severos, una persona podría pasar días enteros sin hacer nada en absoluto, descuidando incluso la higiene más elemental. Estos problemas de expresión emocional y motivación, que pueden ser extremadamente penosos para los familiares y amigos, son síntomas de esquizofrenia y no fallos del carácter o debilidad persona.

EPISODIOS PSICÓTICOS

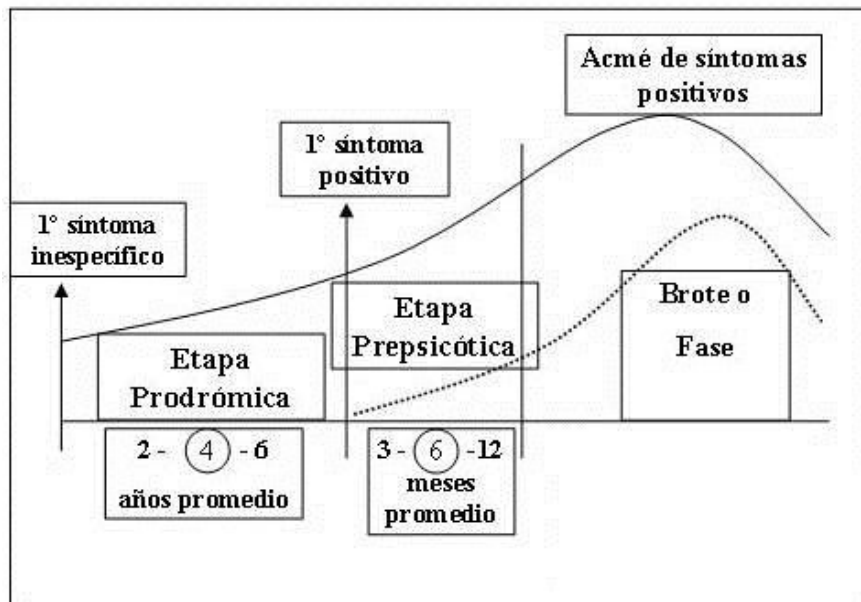
La psicosis es un estado mental que implica alucinaciones (alteración de la percepción) y/o delirios (creencias personales falsas, pero al mismo tiempo muy arraigadas, consecuencia de la incapacidad para diferenciar entre las experiencias reales y las irreales). Los síntomas negativos de la esquizofrenia, tales como el aislamiento social o el retraimiento, o la forma inusual de hablar, pensar o comportarse, podrían ser menos evidentes que los síntomas positivos, y pueden preceder, concurrir al mismo tiempo o después de los síntomas

psicóticos positivos. Durante la crisis psicótica, las personas con esquizofrenia no pueden pensar de forma lógica, y pueden perder toda conciencia de quiénes son ellas y las demás personas; las tareas cotidianas como pensar con claridad, controlar las emociones, tomar decisiones y relacionarse con otros, se hacen cada vez más difíciles. Por lo que la gravedad de los síntomas duraderos de la enfermedad suelen conducir a un alto nivel de discapacidad, ya que estos varían con el tiempo, empeorando durante los períodos de recaída y mejorando durante los períodos de estabilidad, sin llegar a la recuperación total. Algunas personas tienen solamente un episodio psicótico; otras tienen muchos episodios durante toda su vida, pero llevan una vida aparentemente normal entre cada uno de ellos, pareciendo estables y emocionalmente sanas. Sin embargo, los individuos con esquizofrenia "crónica", o un perfil continuo y recurrente de la enfermedad, a menudo no recuperan del todo un funcionamiento normal y es característico que requieran un tratamiento de larga duración o de por vida, por lo general, medicación para controlar los síntomas.

ETAPAS DE LA ESQUIZOFRENIA

Se puede distinguir una etapa anterior a la psicosis con síntomas distintos y de menor intensidad. Distinguir estas etapas anteriores es de gran importancia puesto que es el mejor momento para una intervención biopsicosocial.

Gráfico 1.- Etapas de la esquizofrenia



Fuente: Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría Alcmeon N°51. Año XV Vol. 13, N° 3, Nov 2006

Etapa prodrómica

Constituye el primer síntoma inespecífico hasta la aparición del primer síntoma positivo. Esta etapa es variable. La persona puede vivirla dentro de un trastorno de la personalidad, problemas con las drogas, dificultades en las relaciones interpersonales, trastornos del estado de ánimo, problemas en la adolescencia, síndrome negativista desafiante, etc. Esta etapa tiene un promedio de 2 a 6 años de duración.

Tabla 1: Síntomas de la etapa prodrómica

Nerviosismo	Inquietud	Miedos
Lenificación	Falta de energización	Disminución del rendimiento
Alteración de la libido	Inseguridad	Ansiedad
Hipersensibilidad	Retraimiento Social	Desinterés
Desesperanza	Depresión	Ideas líricas
Trastorno del sueño	Trastorno del apetito	Agresividad
Alteración del pensamiento	Alteración de la concentración	Alteración en la atención
Cambios bruscos de humor	Somatización	Desconfianza
Conducta impulsiva	Conducta compulsiva	Conducta ambivalente

Etapas pre psicóticas

Comienza con la aparición del primer síntoma positivo hasta que se inicia el brote, de manera gradual o aguda. En esta etapa el paciente puede experimentar alucinación, delirio, o depresión. En esta etapa es fácil que la persona presente comportamientos como el aislamiento, peleas frecuentes, problemas interpersonales, dificultades en las relaciones con los padres, profesores o iguales, problemas de pareja, consumo de drogas o incluso delitos. Aparece el humor delirante y la percepción delirante e interpretación del entorno de forma autorreferencial. El mundo se vuelve amenazante para el paciente y éste lo vive de forma angustiosa. Es por ello que el paciente comienza a dar significado a los sucesos de su entorno cuando realmente es él el que está cambiando.

Por ejemplo una persona comienza a creer que sus amigos y compañeros de trabajo están contra él y realizan acciones para hacérselo saber. La persona sufre con la sensación de boicot al que cree estar enfrentándose. Esta etapa es corta con un promedio 3 a 12 meses y de esta surgen los primeros síntomas positivos.

Brote psicótico

Del estado anterior emerge la variedad y pluralidad de síntomas positivos que hacen que el paciente pierda el contacto definitivo con la realidad y donde puede volverse peligroso para sí mismo o para terceros.

Los síntomas positivos pueden ser:

Alucinaciones engaños de los sentidos, percepción que no reflejan la realidad pero que el paciente vive como completamente real. Por ejemplo ver lo que otros no ven, oler algo que otros no huelen u oír

algo que los otros no oyen (estas son las alucinaciones más frecuentes en el enfermo esquizofrénico). Las alucinaciones también pueden ser de tipo gustativo o táctil aunque suelen ser menos frecuentes.

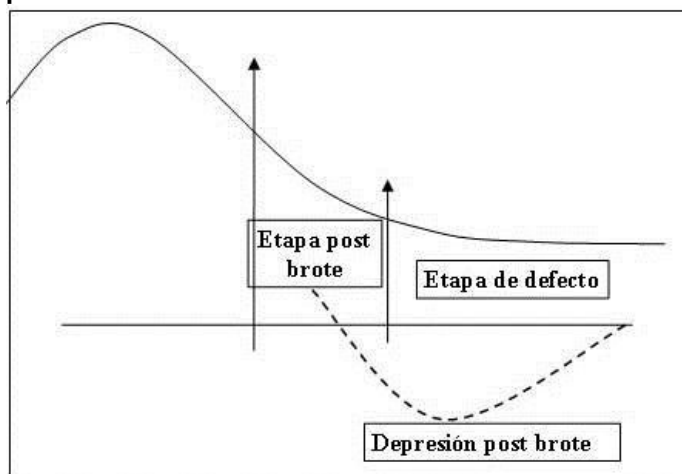
Delirios se trata de la convicción errónea sin base real. El paciente está convencido de algo que va en contra de la lógica y por lo tanto estos pensamientos son refutables por la lógica. Los delirios suelen ser complejos y sistematizados siendo algunas veces un entramado de ideas que pueden formar una historia. Por ejemplo un paciente esquizofrénico puede pensar que existe un complot en contra de él estando todos los políticos de la nación implicados en dicho complot, estos políticos le tienen controlado por medio de la televisión de su casa. Los delirios pueden ser:

- **Pasionales** como por ejemplo el delirio celotípico (tener celos de la pareja sin razones evidentes.)
- **Delirios sensitivos** que se refiere a conflictos con una o más personas.
- **Delirios de interpretación** como por ejemplo el pensar que existe una conspiración en contra de la persona o que alguien quiere envenenarle.
- **Delirios de imaginación (parafrenias)** expansivos como por ejemplo los de grandeza, creerse una persona importante sin serlo.

Trastornos de pensamiento y del lenguaje la argumentación ilógica, la incoherencia en lo que la persona esquizofrénica relata, el descarrilamiento en el lenguaje, el habla rápida (logorrea), la falta de atención a lo que ocurre a su alrededor y la inconexión en lo que dice son algunos ejemplos de estos trastornos en los pacientes esquizofrénicos.

Etapa post brote

Gráfico 2: Etapa post brote



Fuente: Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría Alcmeon N°51. Año XV
Vol. 13, N° 3, Nov 2006

Constituye la llamada esquizofrenia residual. Tras la sintomatología propia del brote psicótico, aparecen los síntomas negativos en grado variable. Una complicación en esta etapa es la depresión post-brote que puede predisponer al paciente a riesgo del suicidio.

Los síntomas negativos pueden ser:

Pobreza afectiva en los pacientes esquizofrénicos existe un empobrecimiento emocional. Ni las emociones positivas son intensas ni tampoco las negativas. Esa pobreza emocional se manifiesta en los gestos poco expresivos sobre todo faciales. Los movimientos son mecánicos y predomina una falta de espontaneidad incluso en el habla. La alegría la manifiesta de forma artificial e inapropiada al contexto. La afectividad es plana y no ondula como en las otras personas. Las relaciones interpersonales son por tanto distantes ya que la falta de emocionalidad les impide empatizar correctamente con las demás personas.

Alogia empobrecimiento del pensamiento. La persona esquizofrénica muestra una baja capacidad asociativa, un lenguaje pobre,

estereotipado y repetitivo que usa contenidos simples. Las cogniciones son lentas con muy poco pensamiento alternativo.

Apatía también conocida como abulia, es la falta de interés en lo cotidiano que aparece continuamente en el paciente esquizofrénico. La persona no tiene inquietudes, no muestra curiosidad por las cosas: esto se manifiesta en todas las facetas de su vida incluso en su higiene o en su forma de vestir.

Anhedonia falta de disfrute de las cosas. Muy ligada a la apatía, no muestra interés por algo que a otras personas les causa disfrute. Esta anhedonia difiere de la anhedonia en los depresivos en que, en los pacientes esquizofrénicos es crónica y no está acompañada de sentimientos de tristeza.

DIAGNOSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA

Según la Asociación Psiquiátrica Americana, al menos 2 de los siguientes síntomas se presentan por más de un mes:

- Ideación delirante
- Alucinaciones
- Discurso desestructurado
- Síntomas negativos
- Actitudes catatónicas
- Disfunción social, laboral, autocuidado.

PERFIL DE SINTOMAS

La esquizofrenia se diagnostica sobre la base de los **perfiles de síntomas**. El diagnóstico se basa en las experiencias de auto-reporte de la persona, y anormalidades en el comportamiento reportado por miembros de la familia, amigos o compañeros de trabajo, seguida de una evaluación clínica por un psiquiatra, trabajador social, psicólogo clínico u otro profesional de la salud mental. La evaluación psiquiátrica

incluye una historia psiquiátrica y algún tipo de examen del estado mental.

CRITERIOS ESTANDARIZADOS

Los criterios más utilizados estándar para la esquizofrenia el diagnóstico proviene de Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría de los Trastornos Mentales, versión DSM-IV-TR, y la Organización Mundial de la Salud Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, el **CIE-10**. Los últimos criterios se utilizan normalmente en los países europeos, mientras que los criterios del DSM se utilizan en los Estados Unidos y el resto del mundo, así como la imperante en los estudios de investigación. Los criterios de la CIE-10 poner más énfasis en Schneider síntomas de primer rango, aunque en la práctica, el acuerdo entre los dos sistemas es alto.

De acuerdo con la cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), para ser diagnosticado con esquizofrenia, tres criterios de diagnóstico se deben cumplir:

SINTOMAS CARACTERISTICOS

Dos o más de los siguientes, cada uno presente durante gran parte del tiempo durante un período de un mes (o menos, si los síntomas remiten con el tratamiento).

Tabla 2: Síntomas característicos

	Síntomas	Descripción del síntoma
1.	Ilusiones	Distorsión de la realidad, Surge de la imaginación
2.	Alucinaciones	Alteración de la percepción
3.	Lenguaje desorganizado	Respuesta verbal a cualquier forma de delusión
4.	Comportamiento desorganizado	Respuesta actitudinal a los síntomas, llegando a la catatonía
5.	Aplanamiento afectivo,	Falta o disminución de respuesta emocional.
6.	Alogia,	Falta o disminución en el habla.
7.	Abulia,	Falta o disminución de la motivación

Si las ideas delirantes se consideran extrañas, o las alucinaciones consisten en escuchar una voz que participan en un comentario continuo de las acciones del paciente o de la audiencia de dos o más voces conversan entre sí, sólo que los síntomas se requiere por encima. El criterio de la desorganización del habla sólo se cumple si es suficientemente grave como para afectar sustancialmente la comunicación.

DISFUNCION SOCIO/LABORAL

Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como el trabajo, relaciones interpersonales o el cuidado personal, están muy por debajo del nivel alcanzado antes de la aparición.

DURACION

Signos continuos de la alteración persisten durante al menos seis meses. Este período de seis meses debe incluir al menos un mes de síntomas (o menos, si los síntomas remiten con el tratamiento).

La esquizofrenia no se puede diagnosticar si los síntomas del trastorno de estado de ánimo o un trastorno generalizado del desarrollo están presentes, o los síntomas son el resultado directo de una enfermedad médica o una sustancia, como el abuso de una droga o medicamento.

CLASIFICACION DE LA ESQUIZOFRENIA

El DSM-IV-TR contiene cinco sub-clasificaciones de la esquizofrenia:

- **Tipo Paranoide** Dónde delirios y las alucinaciones están presentes, pero trastorno del pensamiento, comportamiento desorganizado y aplanamiento afectivo están ausentes. (DSM código 295.3/ICD F20.0)
- **Tipo desorganizado** nombre esquizofrenia hebefrénica en el ICD. En caso de trastornos del pensamiento y el afecto plano se presentan juntos. (DSM código 295.1/ICD F20.1)
- **Tipo catatónico:** El sujeto puede ser casi inmóviles o presentan agitación, movimientos involuntarios. Los síntomas pueden incluir estupor catatónico y flexibilidad cérica. (DSM código 295.2/ICD F20.2)
- **Tipo indiferenciado:** los síntomas psicóticos están presentes, pero los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico no se han cumplido. (DSM código 295.9/ICD F20.3)
- **Tipo residual:** donde los síntomas positivos están presentes con una intensidad baja solamente. (DSM código 295.6/ICD F20.5)

La CIE-10 define dos subtipos adicionales:

- **Depresión post-esquizofrénica:** Un episodio depresivo que surgen a raíz de una enfermedad esquizofrénica, donde algunos de los síntomas esquizofrénicos de bajo nivel puede aún estar presente. (Código ICD F20.4)
- **Sencilla la esquizofrenia:** el desarrollo insidioso y progresivo de los síntomas negativos prominentes, sin antecedentes de episodios psicóticos. (Código ICD F20.6)

TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es una enfermedad caracterizada por presentar síntomas psicóticos y por la alteración del funcionamiento psicosocial y familiar del paciente. Debido a la afectación grave del paciente en estos ámbitos de su vida ha surgido en las últimas dos décadas tratamientos integrales que van más allá del ofrecido por las instituciones de salud mental. Los familiares de los pacientes se han convertido en un recurso terapéutico indispensable. Es así que los tratamientos integrales actuales de la esquizofrenia consideran al menos tres ejes dimensiones fundamentales:

- Tratamiento farmacológico
- Tratamiento psicoterapéutico
- Tratamiento psicosocial
- Terapia familiar

El manejo de la esquizofrenia debe ser multidisciplinario, en la que participen profesionales que actúen en aspectos médicos, sociales y laborales.¹¹

Tratamiento farmacológico

Debido a su complejidad, es importante que un médico especialista en Psiquiatría se haga cargo del proceso diagnóstico y terapéutico. El tratamiento de un brote de esquizofrenia debe de realizarse preferiblemente ingresado en una unidad psiquiátrica de agudos, así tenemos:

- De primera generación
 - Clorpromacina
 - Tioridazina
 - Levopromazina
 - Perfenazina

- De segunda generación
 - Quetiapina
 - Clozapina
 - Olanzapina
 - Zipaxidona
 - Risperidona
- Preparados Depot
 - Flupentixol

Sin embargo producen efectos secundarios más frecuentes como:

- Primera generación
 - Trastornos motores extra piramidales
 - Anhedonia
 - Sedación
 - Ganancia Ponderal
 - Galactorrea, amenorrea, ginecomastia
 - Hipotensión postural
- Segunda generación
 - Ganancia ponderal
 - Diabetes Mellitus
 - Sedación
 - Hipotensión
 - Convulsiones
 - Trastornos Hematológicos

La elección de un tipo u otro medicamento depende de las características personales y de la iatrogenia que haya podido ocurrir en episodios anteriores. Por ejemplo, si un paciente ha padecido síntomas parkinsonianos al recibir haloperidol (rigidez, discinesias, trastornos posturales), debe ser tratado posteriormente con otro fármaco de segunda generación como olanzapina u otro similar.

Los neurolépticos son fármacos muy eficaces, más del 90% de respuesta en los brotes agudos. La potencia es mayor frente a los síntomas positivos. Si se mantienen durante un tiempo prudencial, pueden retirarse de forma progresiva reduciendo así los efectos secundarios que son muy frecuentes y desagradables. En pacientes que van a seguir de forma continuada el tratamiento y que por determinadas circunstancias no pueda asegurarse de que lo vayan a realizar adecuadamente pueden prescribirse preparados depot como es el Flupentixol. Estos aportarán niveles de medicación eficaces durante varias semanas.

Aunque los neurolépticos son la terapia farmacológica de elección, el arsenal se puede completar con otros psicofármacos para controlar cualquier sintomatología que vaya apareciendo. Entre otros que se utilizan en estos pacientes están los antidepresivos, benzodiazepinas, hipnóticos, eutimizantes etc. La terapia con electrochoque puede plantearse en algunos cuadros catatónicos o depresivos con inhibición profunda.

Una vez conseguida una mejoría del brote agudo, se deberá establecer un plan multidisciplinario de rehabilitación, reinserción social y laboral, evitando los ambientes empobrecedores y sórdidos de las instituciones.

El pronóstico de estos pacientes no es bueno, ya que menos de la mitad consiguen un control adecuado de la enfermedad suficiente como para poder vivir con cierta normalidad y calidad de vida.

La esquizofrenia es un proceso crónico, pero con buena respuesta al tratamiento. Dado que es un trastorno complejo, el tratamiento debiera ser multifacético. Existe un cierto consenso en el uso simultáneo de fármacos antipsicóticos, y de terapias psicológicas como el modelo

cognitivo-conductual y psicoanalítica, y otros, y un enfoque psicosocial de redes asistenciales, hogares y talleres protegidos, que evitan las hospitalizaciones prolongadas. En estas condiciones, la esquizofrenia ha mejorado considerablemente de pronóstico en los últimos 20 años.

Se calcula que la respuesta a los fármacos puede estar condicionada hasta en un 85% por factores genéticos, por lo que ya existen en el mercado test que recogen la información farmacogenética del paciente para que el médico pueda valorar qué tratamiento va a funcionar mejor en el paciente con esquizofrenia, en función de sus características genéticas.

La duración prolongada de la psicosis no tratada puede representar una forma diferente y más grave de la esquizofrenia que, por sí misma, se asocia a una peor evolución. El equipo del Instituto Salk de Estudios Biológicos ha logrado, estar un paso más cerca de comprender la biología que se esconde tras esta enfermedad para probar la eficacia de los fármacos. Tras administrar diversos antipsicóticos descubrieron que sólo loxapina aumentaba la capacidad de las neuronas para establecer conexiones con sus vecinas y también afectaba a la actividad de varios genes.

Los fármacos para la esquizofrenia tienen más beneficios de los que pensamos. Pero por primera vez tenemos un modelo que nos permite estudiar cómo funcionan en vivo y empezar a correlacionar los efectos de la medicación con los síntomas", explican los autores. "Esta investigación da un paso más hacia la medicina personalizada. Nos permite examinar neuronas derivadas del propio paciente y ver qué fármaco es el que le viene mejor. Los enfermos se convierten en sus propias cobayas", afirma Gong Chen, profesor de Biología que también ha colaborado en el trabajo.

"La esquizofrenia ejemplifica muchos de los retos de investigación que suponen las enfermedades mentales. Sin entender las causas y la biología del trastorno perdemos la capacidad de desarrollar tratamientos efectivos o de tomar medidas de prevención. Por eso este trabajo es tan importante, porque abre una nueva puerta al estudio de la patología".

Los antipsicóticos son fármacos de primera línea utilizados en el tratamiento de la esquizofrenia y de las enfermedades relacionadas con ella. Inicialmente se llamaron tranquilizantes mayores o neurolépticos, en oposición a los «tranquilizantes menores», conocidos ahora como ansiolíticos, por su capacidad para producir determinados efectos secundarios neurológicos. En los últimos años el término «antipsicótico», que hace referencia a su acción terapéutica, se utiliza de forma casi universal.

Desde el descubrimiento del primer fármaco con efecto antipsicótico en 1952 los avances en la psicofarmacoterapia de los delirios y alucinaciones asociados a la esquizofrenia han permitido que la mayoría de las personas afectadas por esta enfermedad puedan vivir fuera de los asilos y hospitales en los cuales eran recluidas en el pasado debido a los desajustes conductuales asociados a la psicosis. Los antipsicóticos llegan al cerebro y bloquean diversos receptores para neurotransmisores, y destaca la acción sobre receptores para la dopamina (en especial receptores D2) y la serotonina.

Antipsicóticos típicos

Algunos antipsicóticos clásicos o típicos son el haloperidol, la clorpromazina y la flufenacina. El mecanismo de acción de este grupo de medicamentos no está por completo aclarado; el bloqueo dopaminérgico parece importante para el control de los síntomas.

psicóticos (alucinaciones y delirios), pero no todos los pacientes responden igual ni todos los síntomas mejoran de la misma forma.

Los antipsicóticos clásicos confieren un mayor riesgo de efectos secundarios extra piramidales, tales como distonía, síntomas parkinsonianos y una incapacidad para quedarse quieto. La discinesia tardía es un trastorno crónico del sistema nervioso caracterizado por movimientos involuntarios de sacudida, principalmente de la cara, lengua y mandíbula y a menudo se considera un efecto secundario extrapiramidal de los antipsicóticos típicos. Sin embargo, es en realidad un fenómeno único y diferente.

Antipsicóticos atípicos

Los principales antipsicóticos atípicos modernos son la clozapina, la olanzapina y la risperidona esta última se presenta también en formulación depot para facilitar la adecuada complementación terapéutica. El efecto benéfico de los antipsicóticos atípicos sobre los síntomas negativos sigue siendo controvertido.

Debido al perfil más favorable de los antipsicóticos de segunda generación se utilizan con frecuencia en el tratamiento inicial del primer episodio de psicosis. Este régimen inicial suele ser conservador de incremento progresivo de la dosis, no sólo porque parecen más eficaces, sino también porque es menos probable que produzcan síntomas clínicamente importantes, como los síntomas extra piramidales. Otros efectos secundarios a los que los antipsicóticos atípicos se han asociado son al aumento de peso, dislipidemias o agranulocitosis. Además, estos son pacientes que suelen requerir únicamente dosis iniciales bajas para el control y remisión de los síntomas.

El tratamiento con diazepam puede ser útil para prevenir la progresión sintomática en pacientes con esquizofrenia que rechazan el tratamiento antipsicótico.

Las benzodiacepinas

Se han utilizado solas o en combinación con antipsicóticos, administradas a dosis muy elevadas con la finalidad de minimizar la agitación, los trastornos del pensamiento, las ideas delirantes y las alucinaciones. Las benzodiacepinas facilitan la neurotransmisión del GABA, que puede a su vez inhibir la neurotransmisión de la dopamina. La respuesta individual es muy variable y suele ser más efectiva como coadyuvante de los antipsicóticos.

Tratamiento psicosocial

La rehabilitación psicosocial incluye varias intervenciones no médicas para las personas con esquizofrenia y enfatizan la capacitación social y vocacional para ayudar a los pacientes

recién diagnosticados o que han estado enfermos por un tiempo a superar dificultades en las áreas cognitivas o de habilidades sociales afectadas. Una de las razones principales de complementar el tratamiento farmacológico con tratamientos psicoterapéuticos es que los primeros solo tienen mayor efectividad sobre los síntomas positivos pero poco ante los negativos no logrando una mejoría en la integración social del paciente. Los programas pueden incluir asesoramiento vocacional, capacitación para el trabajo, técnicas para solucionar problemas de la vida diaria, administración del dinero, uso del transporte público y aprendizaje de destrezas sociales para interactuar mejor con otras personas. Estos métodos son muy útiles para los pacientes tratados en la comunidad, porque proporcionan las técnicas necesarias para poder llevar mejor la interacción social, lo que conlleva

a disminuir las recaídas, disminuir el estrés, disminuir síntomas negativos e incrementar el ajuste social.

Psicoeducación

Bertrando y Toffanetti han indicado que de ella se hizo un uso psicológico, en primera instancia, y psiquiátrico, en segunda.

En psiquiatría, la psicoeducación se llevó a cabo, inicialmente, como una nueva forma de trabajo con familias de pacientes esquizofrénicos. Y aun cuando existen diversas líneas en psicoeducación, hay algunos elementos en común¹²

- Se considera a la familia, en sí misma, normal. Esto pone fin a la discusión acerca de las familias patógenas, anormales o al diagnóstico familiar.
- Se busca favorecer el desarrollo de las potencialidades familiares.
- Se hace hincapié en la necesidad de informar a las familias acerca de la etiología, el curso, los síntomas y el tratamiento de la enfermedad.
- Se explicita, se estandariza y se le da linealidad a la metodología de intervención. Se enseña cómo resolver problemas asociados con la patología de uno de sus miembros. Dichas técnicas se desarrollan en períodos cortos.
- Se demuestra la eficacia de la psicoeducación con criterios de investigación empírica. Ahora la psicoeducación no se limita a familias de personas con diagnóstico de esquizofrenia, sino a todo tipo de trastorno mental u orgánico crónico.

Si bien al principio se estableció una ardua disputa con la terapia familiar, que tuvo su nacimiento en la psiquiatría, el diálogo entre

psiquiatras, terapeutas familiares, psicólogos, enfermeras especialistas en salud mental y psiquiatría, trabajadores sociales y otros ha permitido redimensionar la psicoeducación, la cual no se adhiere a ninguna escuela de terapia familiar en particular.

La psicoeducación resulta ser un coadyuvante en el tratamiento de los trastornos mentales. Diversos estudios han mostrado su eficacia en el tratamiento de la enfermedad mental, en cuanto a la disminución de recaídas en pacientes esquizofrénicos ¹³. Además, resaltan que se basa en la enseñanza que recibe la familia para comprender mejor la enfermedad y responder apropiadamente a sus manifestaciones.

Rehabilitación social

Los programas de rehabilitación hacen hincapié en el adiestramiento social y vocacional para ayudar a los pacientes, y a los antiguos pacientes, a superar sus dificultades en estas áreas. Los programas pueden incluir asesoramiento profesional, formación laboral, técnicas de resolución de problemas y de manejo de dinero, uso del transporte público y comportamiento social. Estos enfoques son importantes para el éxito del tratamiento de la esquizofrenia centrado en la colectividad, porque proporcionan a los pacientes dados de alta las dotes necesarias para llevar una vida productiva fuera de los límites protectores de un hospital mental.

Terapias individuales

La psicoterapia individual implica conversaciones programadas con regularidad entre el paciente y un psiquiatra, psicólogo, o la enfermera especialista en salud mental. Las sesiones pueden enfocarse en problemas, experiencias, pensamientos, sentimientos o relaciones actuales o pasados. Al compartir las experiencias con una persona

empática adiestrada (hablar de su mundo con alguien que está fuera del mismo), los individuos con esquizofrenia podrían, gradualmente, llegar a comprender mejor sus problemas y conocerse más ellos mismos. También podrían aprender a distinguir lo real de lo que es irreal y distorsionado. Hay estudios que sugieren que la psicoterapia individual de apoyo, orientada a la realidad, y los enfoques cognitivo-conductuales que enseñan técnicas para sobrellevar y resolver problemas, pueden ser beneficiosos para los pacientes con esquizofrenia no hospitalizados. Sin embargo, la psicoterapia no es un sustituto de la medicación antipsicótica, y resulta mucho más útil una vez que el tratamiento con fármacos haya aliviado los síntomas psicóticos del paciente.

Terapia familiar

Los familiares se han incorporado al tratamiento de la enfermedad como un recurso terapéutico de suma importancia pues distintas investigaciones han subrayado la influencia de ciertas características del contexto familiar en la evolución de la esquizofrenia, como la emoción expresada (EE). Dicho concepto nace de las observaciones realizadas en 1972 por Brown y su equipo quienes observaron que los pacientes con esquizofrenia que volvían al hogar de la familia de origen tenían mayor número de recaídas en comparación con los que vivían solos. Tras distintos estudios, llegaron a la conclusión de que la frecuencia del contacto con sus padres podía ser el causante de la recaída. De ahí surge el concepto de Emoción Expresada, un tipo de comunicación que consta de conductas como: comentarios críticos, hostilidad, sobre implicación emocional, calidez y afecto. Las tres primeras son negativas y las dos siguientes positivas. Se trata de que la familia, mediante intervención familiar, cambie la comunicación para que no sea factor estresante para el miembro de la familia afectado por

esquizofrenia y que prevalezcan las conductas positivas, frente a las negativas. De este concepto, surgieron los grupos de psicoeducación Familiar que consistían, entre otras intervenciones, en explicar al familiar qué es la esquizofrenia para evitar que los síntomas de la enfermedad fueran objeto de crítica por parte de los familiares a los pacientes.

En general, las intervenciones familiares tienen en común su fundamento en la teoría de la vulnerabilidad (Zubin & Spring, 1977), desde la cual fomentan la toma regular de medicación y la reducción del estrés ambiental, en concreto, de la Emoción Expresada familiar con el objetivo de evitar la recaída. Por lo anterior, se considera a la EE como el factor que más predice recaídas en esquizofrenia, pues el riesgo de recaída aumenta aproximadamente cuatro veces en los pacientes que vuelven, tras el alta hospitalaria, a un ambiente con altos niveles de EE (Leff & Vaughn, 1985).¹⁴ .

Con frecuencia los pacientes son dados de alta del hospital y quedan a cuidado de sus familias, por esta razón es importante que los familiares aprendan todo lo que puedan acerca de los desafíos y problemas asociados con la enfermedad. La colaboración con la familia en la rehabilitación tiene dos objetivos fundamentales, prevenir las recaídas y fomentar comportamientos que lleven a una rehabilitación satisfactoria, desalentando las conductas que impidan este proceso.

Es necesario que los familiares conozcan los servicios disponibles para asistirles durante el período posterior a la hospitalización. El educar a la familia en todos los aspectos de la enfermedad y su tratamiento se llama «psico-educación familiar». La psico-educación familiar incluye

aprender estrategias para manejar la enfermedad y técnicas de solución de problemas.

En lugar de simular estar de acuerdo con declaraciones que parecen extrañas o son decididamente falsas por parte del paciente, los miembros de la familia y amigos pueden reconocer que las cosas parecen diferentes para el paciente y deben indicar que no ven las cosas de la misma manera o que no están de acuerdo con sus conclusiones. De igual forma, es útil llevar un registro de los síntomas que van apareciendo, los medicamentos (incluyendo las dosis) que toma y los efectos que han tenido los diversos tratamientos. Al saber qué síntomas estuvieron presentes anteriormente, los familiares pueden tener una idea más clara de lo que puede suceder en el futuro.

Además de colaborar a obtener ayuda, la familia, los amigos, y los grupos de personas con condiciones similares, pueden proporcionar apoyo y fomentar que el paciente esquizofrénico recupere sus capacidades. Es importante plantearse metas alcanzables ya que un paciente que se siente presionado o criticado probablemente tendrá estrés, lo que puede causar un empeoramiento o una recaída. Al igual que otros, las personas con esquizofrenia necesitan saber cuándo están haciendo bien las cosas. A largo plazo, un enfoque positivo puede ser útil y quizás más eficaz que la crítica.

ROL FAMILIAR

Según el Real Colegio de Psiquiatras (Reino Unido), los siguientes factores pueden ayudar a mitigar los posibles efectos negativos de crecer con unos progenitores que sufren una enfermedad mental:

- Tener a uno de sus padres o familiares adultos que ofrezca seguridad, consistencia y cariño.
- Recibir información o explicaciones sobre la enfermedad de sus padres.
- Que progenitores y maestros sean conscientes del estrés que se puede sufrir con un familiar enfermo.
- Reconocer que una conducta difícil Del Paciente puede ser una petición de ayuda.
- Apoyo y ayuda práctica para la familia en los cuidados.
- Apoyo de los servicios sociales ante problemas que pueden dañar la salud y su desarrollo.
- Cuando un niño o un adolescente tiene problemas de conducta que interfieren en su vida diaria, puede que necesite la ayuda de un especialista. El médico de familia podrá aconsejar sobre los recursos locales y derivar al joven, si precisa, al centro de salud mental infanto-juvenil de la zona.
- Un niño puede beneficiarse de tener la posibilidad de hablar sobre la enfermedad de sus padres y de sus preocupaciones con un profesional especializado con estos temas. Puede necesitar también ayuda para manejar sus propios problemas emocionales y conductuales.

LA ENFERMERA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA

La enfermería como ciencia tiene un cuerpo de conocimientos que le es propia y específica y que le crea la necesidad de transmitirla. Por una parte la formación de los futuros profesionales se da en los niveles de planificación, dirección, ejecución y control de la docencia y por otra parte interviene en el proceso de educación para la salud.

Uno de los grandes desafíos que enfrenta la enfermera en la actualidad es satisfacer las necesidades de enseñanza para el fomento a la salud del público. En este sentido, las enfermeras son cada vez más sensibles a su función docente y están cada vez más conscientes de ella. La docencia, como función de la disciplina, está incluida en muchas leyes estatales de práctica de esta, así como en el documento American Nurses Association Standards of Nursing Practice. Así, la enseñanza para el fomento a la salud se considera una función independiente de la práctica y una responsabilidad primordial de las enfermeras.

La enseñanza para el fomento a la salud es un componente indispensable de la asistencia de enfermería, y se orienta a fomentar, conservar y restaurar la salud, así como a adaptarse a los efectos residuales de la enfermedad.

Las actividades instructivas que imparten las enfermeras se llevan a cabo en numerosos ámbitos, que incluyen clínicas prenatales, clínicas de bienestar neonatal, centros locales de atención a la salud, consultorios, escuelas, hospitales, cuidados de la salud en hogar y centros comunitarios.

Cada contacto que la enfermera establece con alguien, sin importar si está enfermo o no, debe considerarse como una oportunidad para la enseñanza de ese individuo. Es derecho de este decidir si aprende o no, pero la enfermera tiene la responsabilidad de presentarle la información que necesita para tomar tal decisión y motivarlo a que aprecie la necesidad de aprender.

En este sentido la enfermera en la especialidad de Salud Mental y Psiquiatría desarrolla funciones dentro del cuidado en el servicio de psiquiatría para conservar o retomar en el paciente según el requerimiento, las habilidades sociales interactuando dentro del equipo multidisciplinario; manejo verbal, acompañamiento terapéutico, consejería en relación a la conciencia de enfermedad y el tratamiento a seguir, autonomía en el autocuidado, intervención en crisis, manejo conductual y apoyo al médico entre otras.

Dorothea Orem, indica que el objetivo de la enfermería es: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

Los métodos de asistencia de enfermería que Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo 1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

- Evitar que el paciente se dañe a sí mismo, a los demás o a los objetos. Proporcionar supervisión para proteger al enfermo, pero evitar estar "encima" de él.
 - Buscar datos que indiquen que el paciente se encuentra alucinando (por ejemplo, intentos de escuchar sin razón manifiesta, hablar con "alguien" cuando no hay nadie presente, mutismo, expresión facial inapropiada).
- Interrumpir el patrón de alucinaciones del enfermo.
 - Percatarse de todos los estímulos del ambiente, incluyendo los sonidos que proceden de otros cuartos

- (por ejemplo, la televisión o el sonido de aparatos de radio procedentes de áreas vecinas).
- Tratar de disminuir los estímulos o pasar al enfermo a otras áreas.
 - Evitar conducir al paciente a que crea que sus alucinaciones son reales.
 - No conversar con "voces" o de alguna otra forma reforzar la creencia del paciente de que sus alucinaciones son parte de la realidad.
 - Comunicarse verbalmente con el enfermo en términos directos, concretos y específicos. Evitar la gesticulación, las ideas abstractas y darle oportunidad de elegir.
- Animar al enfermo a que tenga contacto con personas reales, interactúe con las mismas y desempeñe actividades.
 - Responder verbalmente a todo lo que el paciente hable que sea acorde a la realidad; reforzar su conversación cuando se refiere a la realidad actual.
 - Animar al enfermo a hacer que los miembros del equipo de trabajo se percaten (le las alucinaciones —cuando éstas acaecen o interfieren con la capacidad del enfermo para conversar o efectuar actividades.
 - Si el paciente tiene el aspecto de estar alucinando ganar su atención y proporcionar una conversación o una actividad concreta de interés.
 - Mantener una conversación con temas sencillos y básicos para proporcionar una base en la realidad.
 - Brindarle la posibilidad de llevar a cabo actividades fáciles de ejecutar y con cumplimientos realistas (por ejemplo, proyectos de tejido o de fabricación de objetos de artesanía).

- Si el paciente lo tolera, utilizar medios táctiles (palpear su espalda) en una forma que no parezca una amenaza, a fin de darle también una base de apoyo en la realidad; permitirle también que toque el brazo o la mano de la enfermera.
- Disminuir el miedo, la ansiedad o la agitación del enfermo.
 - Brindar un ambiente estructurado con la mayor cantidad de actividades sistemáticas en cuanto sea posible. Explicar cuando se tengan que llevar a cabo cambios inesperados. Hacer clara la exposición de las expectativas del cuerpo de enfermería para que el paciente las entienda en términos sencillos y directos.
 - Permanecer alerta en busca de signos de incremento del miedo, ansiedad o agitación para intervenir oportunamente e impedir que el paciente se lesione, lastime a otros o destruya objetos.
 - Intervenir en forma personal o con aislamiento y medicación por razón necesaria (si es que ha sido prescrito por su médico) en forma apropiada.
 - Evitar "acorrallar al paciente" ya sea en forma física o verbal.
 - Permanecer realista en las expectativas del paciente; no esperar más (ni menos) de lo que éste puede dar.
 - Fomentar una relación de confianza.
- Ayudar al paciente a expresar miedo, ansiedad o cualquier otro sentimiento que perciba.
 - Animar al paciente a que exponga sus sentimientos; primero, en forma personal, después en pequeños grupos y más adelante en grupos mayores según lo tolere.

- Ayudar al enfermo a que busque y conozca formas de aliviar su ansiedad cuando pueda verbalizar dichos sentimientos.
- Ayudar al paciente a aliviar su culpa, remordimiento o vergüenza cuando recuerde su conducta psicótica.
 - Animarlo a exponer sentimientos; mantener una actitud de apoyo.
 - Mostrar aceptación de la conducta del enfermo, del paciente como persona; no hacer bromas ni juzgar su conducta.
- Ayudar al paciente a anticipar formas mediante las cuales encare posibles recidivas de las alucinaciones.

El objetivo de la educación para la salud es enseñar al paciente y familia sobre la manera de vivir en el estado más sano posible; es decir esforzarse por lograr el máximo potencial de salud. En los hospitales tan bien se considera como un instrumento de relaciones públicas para aumentar la satisfacción del paciente. Asimismo se contempla como una estrategia de prevención que las relaciones positivas entre miembros del personal de salud y el paciente previene los problemas derivados de la competencia profesional.

Los objetivos de un programa de salud son:

- Desarrollar actitudes positivas ante la salud y la ancianidad,
- Proporcionar conocimientos básicos para la promoción y protección de esa salud,
- Fomentar y reforzar hábitos de auto cuidado encaminados a una longevidad sana.
- La intervención debe estar dirigida a una población específica, con unos problemas concretos. Por tanto, antes de la realización del programa, tenemos que saber cuál es la población diana y

cuáles son los problemas sentidos por dicha población. El programa puede enfocarse hacia:

- Promoción de la salud, con una intervención intersectorial, es decir, participando en el programa de salud tanto el equipo sanitario como el personal que atiende al anciano en otros ámbitos (centros de día, residencias, hogar del jubilado, centro cultural) y la comunidad.

2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Conocimientos sobre cuidados generales que tienen los familiares de los pacientes con esquizofrenia.- Está dado por las **respuestas** expresadas por el familiar del paciente esquizofrénico sobre cuidados generales en torno a las dimensiones generalidades sobre la enfermedad y tratamiento en hospitalización II de Salud Mental. El cual fue obtenida a través de un cuestionario y valorado en conoce y no conoce.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de nivel aplicativo, ya que se originó de la realidad para modificarla; tipo cuantitativo en cuanto se le asignó un valor numérico a la variable de estudio; método descriptivo de corte transversal en razón a que permitió presentar la información tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.

3.2. LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Edgardo Rebagliatti Martins fundado el 4 de noviembre de 1958, ubicado en el distrito de Jesús María en Lima. Es un hospital de nivel IV de alta complejidad al servicio de la población asegurada de Lima y todo su ámbito jurisdiccional, brindando atención de salud en todas sus especialidades. Su estructura cuenta con 5 bloques, con áreas de Consulta externa, emergencia, sala de Operaciones, Hospitalización.

El servicio de hospitalización II de Salud Mental, cuya atención se inició en el piso 13, cuando se inauguró. En 1988 se construyó el Instituto de Salud Mental del IPSS independiente del hospital, regresando un año después nuevamente a formar parte del Hospital Rebagliatti como dirección de Salud Mental, luego se convierte en Centro de Salud Mental otra vez independiente del hospital y por último en 1993 se reintegra al hospital como departamento de Salud Mental.

En la actualidad el Departamento de Salud Mental del HNERM ofrece los siguientes servicios; de emergencia en Salud Mental, consulta externa, servicio de hospital de día, servicio de farmacodependencia, programas especiales, hospitalización I (servicio de psiquiatría especializada – damas) y hospitalización II (servicio de hospitalización de varones). Cuenta con personal médico, profesionales de enfermería, personal técnico, psicología y terapeutas con estudios de especialidad, que tienen un horario de mañana, tarde y noche en turnos rotativos.

3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población estuvo conformada por todos los familiares de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de la hospitalización II, de salud mental, los cuales son aproximadamente de 300 pacientes.

3.4. MUESTRA Y MUESTREO

La muestra fue obtenida mediante el muestreo probabilístico de proporciones para población finita y aleatoria simple, conformada por 59 familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. (Anexo E).

3.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Familiares de pacientes con diagnóstico médico de esquizofrenia
- Familiares directos del paciente (madre, padre, esposa, hijos, hermanos).
- Familiares que acepten participar en estudio.

3.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Familiares que no vivan con el paciente.
- Familiares que no completen el instrumento.

3.6. TÉCNICA E INSTRUMENTO

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario, el cual consta de presentación, datos generales, instrucciones y datos específicos. (Anexo B); el mismo que fue sometido a juicio de expertos conformado por especialistas en el área, siendo procesada la información en la Tabla de Concordancia y Prueba Binomial. (Anexo D). Posterior a ello se realizaron los reajustes al instrumento de acuerdo a las sugerencias de los expertos a fin de realizar la prueba piloto y determinar la validez estadística mediante la prueba ítem test coeficiente de correlación de <Pearson obteniéndose un $r > 0.2$ que expresa que el ítem es válido (Anexo H), y para la confiabilidad se aplicó la prueba de Kuder de Richardson obteniéndose un $k > 0.5$ que significa que es confiable el instrumento. (Anexo I).

3.7. PROCESO DE ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACIÓN

Para la implementación del estudio se realizó el trámite administrativo a través de una carta dirigida al Gerente del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, con copia a la Dirección de Capacitación, Docencia e Investigación a fin de obtener la autorización y facilidades para ejecutar el estudio. Luego de ello se llevó a cabo las coordinaciones pertinentes con el medico jefe del servicio y la enfermera jefe del servicio de hospitalización II a fin de establecer el cronograma de

recolección de datos durante los días de visita considerando de 20 a 30 minutos para la aplicación del instrumento previo consentimiento informado.

Luego de recolectado los datos estos fueron procesados mediante el programa de Excel o SPSS versión ultima, previa elaboración de la Tabla de Códigos (Anexo F) y la Tabla Matriz de Datos (Anexo G). Los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos estadísticos a fin de realizar el análisis e interpretación considerando el marco teórico. Para la medición de la variable, se utilizó la estadística descriptiva, promedio aritmético, frecuencia absoluta y porcentaje valorándose la variable de estudio en conoce y no conoce. (Anexo J).

3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para ejecutar el estudio se tuvo en consideración contar con la autorización de la institución, así como el consentimiento informado de los sujetos de estudio, es decir el familiar del paciente con esquizofrenia hospitalizado, expresándole que es de carácter anónimo y confidencial considerando los principios de la bioética que está dada por el principio de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. La información será utilizada únicamente para fines de estudio. (Anexo C)

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

Luego del procesamiento de datos, éstos fueron presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación teniendo en cuenta el marco teórico. Así tenemos que:

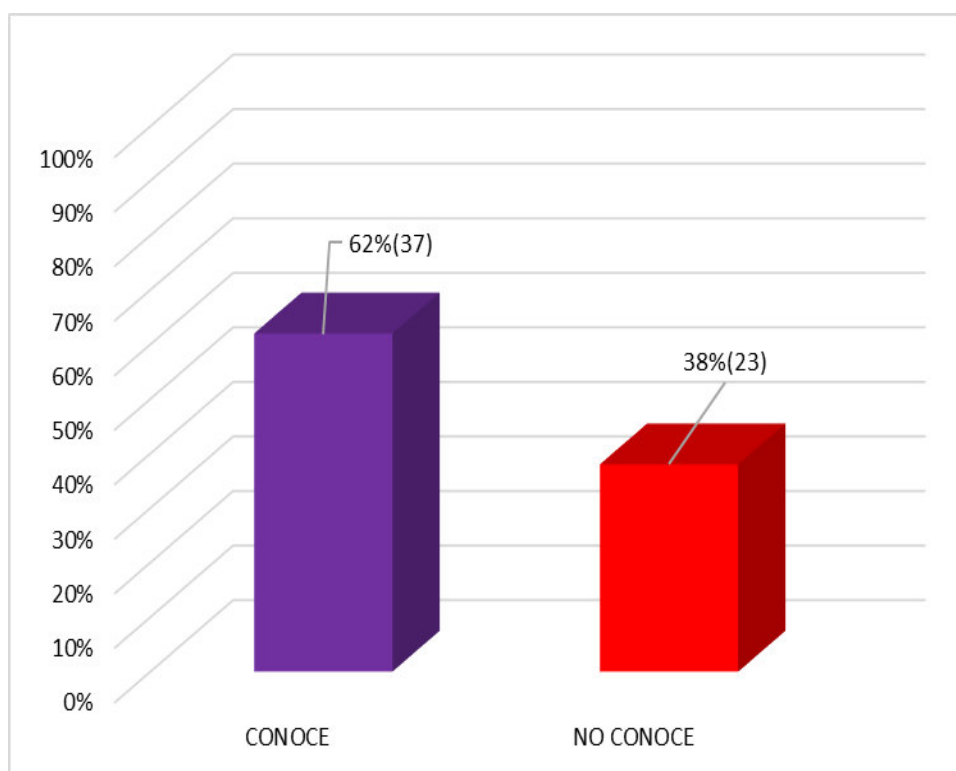
4.1. RESULTADOS

Sobre los datos generales del 100% (60), 25% (15) tienen de 60 a 80 años, 33% (20) tienen de 51 a 60 años, 27% (16) tienen de 41 a 50 años, 5% (3) tienen de 31 a 40 años, y 10% (6) de 21 a 30 años; 55% (33) son de sexo femenino y 45% (27) masculino; 10% (6) tienen primaria, 20% (12) secundaria y 70% (2) superior; 50% (30) son padres, 10% (6) son hijos y 10% (6) son cónyuges; 30% (18) tienen otro vínculo; 75% (45) son continuadores y 25% (25) nuevos; 45% (27) han tenido de 1 a 3 hospitalizaciones durante el 2015, 10% (6) de 4 a 6 veces y 5% (3) más de 7 veces (Anexo K).

Respecto a los conocimientos sobre cuidados generales que tienen los familiares de pacientes con esquizofrenia en el servicio de hospitalización II de salud mental Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins del 100% (60), 62% (37) conocen y 38% (23) no conocen

GRAFICO N° 1

CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS GENERALES QUE TIENEN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN HOSPITALIZACION II DE SALUD MENTAL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2016 LIMA-PERU 2016

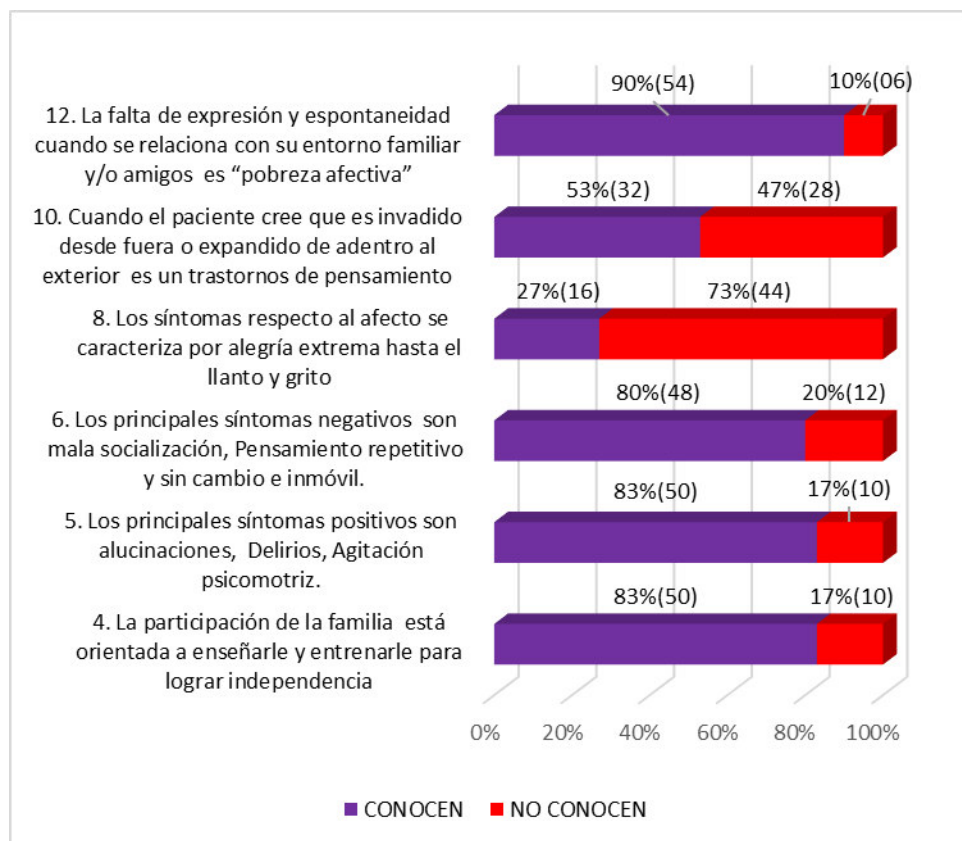


Fuente: Instrumento aplicado a familiares de pacientes esquizofrénicos, HNERM- Es Salud 2016

(Grafico N° 1, Anexo L). Los aspectos que conocen están dados por que 67% (40) refieren que la causa la esquizofrenia es desconocida, 63% (38) que el mayor riesgo de un paciente con esquizofrenia sin tratamiento es suicidio y/u homicidio, 67% (40) que el problema para aprender y estudiar en el paciente está dado por el deterioro de la

GRAFICO N° 2

CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS GENERALES SEGÚN DIMENSION GENERALIDADES SOBRE LA ENFERMEDAD POR ITEMS QUE TIENEN LOS FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN HOSPITALIZACION II DE SALUD MENTAL - HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2016 LIMA-PERU 2016



Fuente: Instrumento aplicado a familiares de pacientes esquizofrénicos, HNERM- Es Salud - 2016

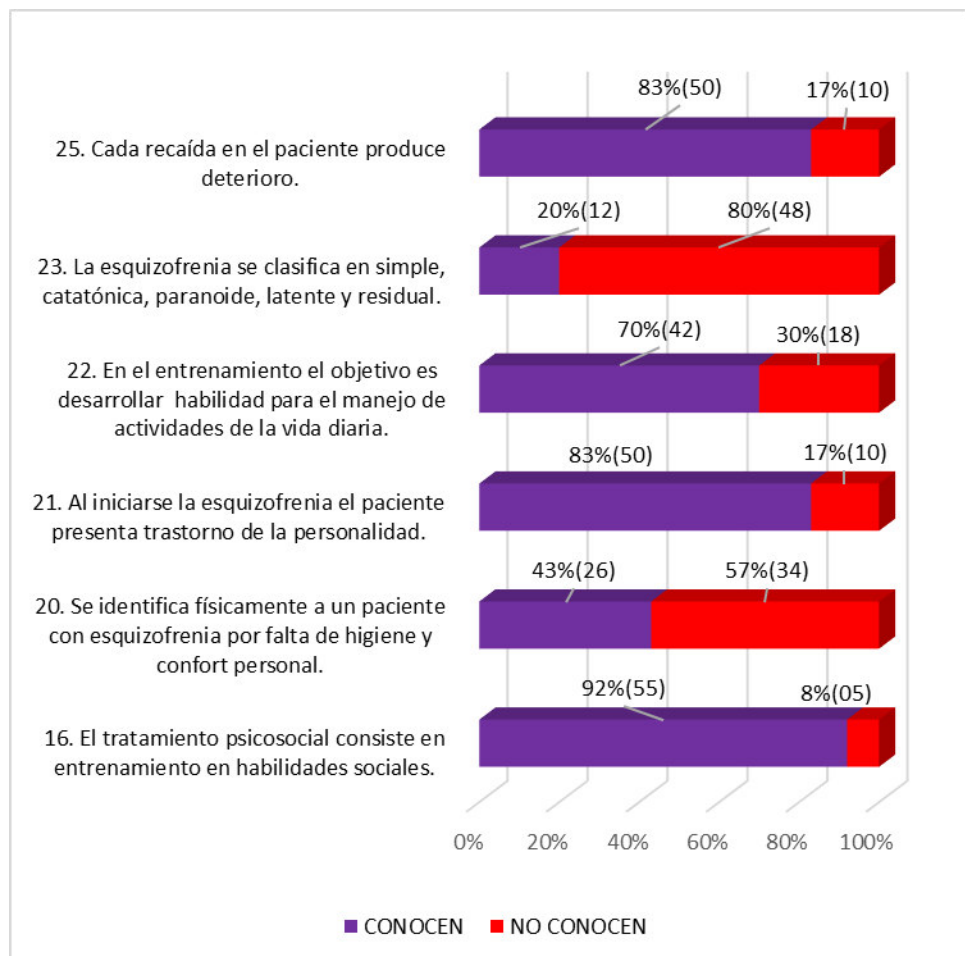
atención, memoria y funciones ejecutivas, 67% (40) que el tratamiento farmacológico lo determina el médico, 67% (40) que el rol de la familia en relación al cuidado del paciente está dada por acompañamiento

especialmente en los momentos importantes de su tratamiento y 67% (40) el abandono del tratamiento produce recaída; seguido de aspectos referido a que el 40% (24) no conocen que la esquizofrenia es una enfermedad que se produce por un desbalance bioquímico cerebral, 43% (26) las alucinaciones se consideran como un trastorno en la percepción, 37% (22) que la psicoterapia individual en el paciente con esquizofrenia consiste en sesiones programadas con regularidad para que conozca sobre su enfermedad y reconozca los síntomas de alarma o recaída. (Anexo N, P).

En cuanto a los conocimientos sobre cuidados generales según dimensión generalidades sobre la enfermedad por ítems que tienen los familiares de pacientes con esquizofrenia en el servicio de hospitalización II de Salud Mental, del 100% (60), 60% (36) conocen y 40% (24) no conocen (Anexo M). Los ítems que conocen están referidos a que 90% (54) expresan que la falta de expresión y espontaneidad cuando se relaciona con su entorno familiar y/o amigos es “pobreza afectiva”, 83% (50) que la participación de la familia está orientada a enseñarle y entrenarle para lograr independencia, y 80% (48) los principales síntomas negativos son mala socialización, pensamiento repetitivo y sin cambio e inmóvil; mientras que los aspectos que no conocen están dados porque 73% (44) manifiestan que los síntomas respecto al afecto se caracteriza por alegría extrema hasta el llanto y grito, y 47% (28) cuando el paciente cree que es invadido desde fuera o expandido de adentro al exterior es un trastorno de pensamiento. (Grafico N° 2, Anexo N).

GRAFICO N° 3

**CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS GENERALES SEGÚN
DIMENSION TRATAMIENTO POR ITEMS QUE TIENEN
LOS FAMILIARES DE PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA EN HOSPITALIZACION
II DE SALUD MENTAL HOSPITAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2016
LIMA-PERU
2016**



Fuente: Instrumento aplicado a familiares de pacientes esquizofrénicos, HNERM- Es Salud 2016

Acerca de los conocimientos sobre cuidados generales según dimensión tratamiento por ítems que tienen los familiares de pacientes con esquizofrenia en el servicio de hospitalización II de Salud Mental, del 100% (60), 43% (26) conocen y 57% (34) no conocen (Anexo O). Los ítems que conocen están referidos a que 83% (50) refieren que cada recaída en el paciente produce deterioro, 83% (50) al iniciarse la esquizofrenia el paciente presenta trastorno de la personalidad, 92% (55) el tratamiento psicosocial consiste en entrenamiento en habilidades sociales y 70% (42) en el entrenamiento el objetivo es desarrollar habilidad para el manejo de actividades de la vida diaria; sin embargo los ítems que no conocen 80% (48) expresan que la esquizofrenia se clasifica en simple, catatónica, paranoide, latente y residual; y 57% (34) se identifica físicamente a un paciente con esquizofrenia por falta de higiene y confort personal. (Grafico N° 3, Anexo P).

4.2. DISCUSION

Dado el incremento durante los últimos años de las enfermedades que afectan la salud mental; la esquizofrenia, es considerada como un trastorno mental de carácter grave, y curso clínico variable con una recuperación sintomática y social completa aproximadamente en una tercera parte de los casos. Sin embargo, en la mayoría de las veces sigue una evolución crónica o recurrente, con síntomas residuales y una recuperación social crónica que hace que sea considerada como un problema de salud pública.

Tal es así que la esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica, que pertenece a los trastornos psicóticos con diferentes fases de actividad clínica caracterizadas por alucinaciones, ideas delirantes y trastorno de

otras funciones mentales. Esta enfermedad puede tener un curso crónico y deteriorar en forma progresiva que hace que se presente serias repercusiones sociales.

Esta enfermedad se caracteriza por cambios serios en el funcionamiento de las capacidades funcionales mentales, tal es así que se produce cambios en la conciencia de realidad, con desorganización neuropsicológica más o menos compleja, que lleva a una dificultad para mantener conductas motivadas y dirigidas a metas. Así, una persona con este diagnóstico, por lo general, muestra un pensamiento desorganizado, delirios, alucinaciones, alteraciones afectivas en el ánimo y las emociones, lenguaje y conductuales, ya que no hay predominancia por sexos, razas o estado civil, aunque parece que la incidencia es algo mayor en clases sociales menos favorecidas.

Durante la crisis psicótica, las personas con esquizofrenia no pueden pensar de forma lógica, y pueden perder toda conciencia de quiénes son ellas y las demás personas; las tareas cotidianas como pensar con claridad, controlar las emociones, tomar decisiones y relacionarse con otros, se hacen cada vez más difíciles. Por lo que la gravedad de los síntomas duraderos de la enfermedad suelen conducir a un alto nivel de discapacidad, ya que estos varían con el tiempo, empeorando durante los períodos de recaída y mejorando durante los períodos de estabilidad, sin llegar a la recuperación total,

Los síntomas negativos de la esquizofrenia, tales como el aislamiento social o el retraimiento, o la forma inusual de hablar, pensar o comportarse, podrían ser menos evidentes que los síntomas positivos, y pueden preceder, concurrir al mismo tiempo o después de los síntomas psicóticos positivos.

Algunas personas tienen solamente un episodio psicótico; otras tienen muchos episodios durante toda su vida, pero llevan una vida aparentemente normal entre cada uno de ellos, pareciendo estables y emocionalmente sanas. Sin embargo, los individuos con esquizofrenia "crónica", o un perfil continuo y recurrente de la enfermedad, a menudo no recuperan del todo un funcionamiento normal y es característico que requieran un tratamiento de larga duración o de por vida, por lo general, medicación para controlar los síntomas.

Por lo que los familiares se han incorporado al tratamiento de la enfermedad como un recurso terapéutico de suma importancia pues distintas investigaciones han subrayado la influencia de ciertas características del contexto familiar en la evolución de la esquizofrenia. Tal es así que la familia, mediante su intervención activa pueden modificar el proceso de comunicación familiar, para que no sea factor estresante para el miembro de la familia afectado por esquizofrenia y que prevalezcan las conductas positivas, frente a las negativas.

Con frecuencia los pacientes cuando son dados de alta del hospital y quedan a cuidado de sus familias, es importante que los profesionales de enfermería realicen actividades participativas y activas dirigidas a los familiares a fin de que aprendan todo lo que puedan acerca de los desafíos y problemas asociados con la enfermedad. La colaboración con la familia en la rehabilitación tiene dos objetivos fundamentales, prevenir las recaídas y fomentar comportamientos que lleven a una rehabilitación satisfactoria, desalentando las conductas que impidan este proceso.

Es necesario que los familiares conozcan los servicios disponibles para asistirles durante el período posterior a la hospitalización. El educar a la

familia en todos los aspectos de la enfermedad y su tratamiento, que incluya diversas estrategias para manejar la enfermedad y técnicas de solución de problemas.

Al respecto Li Nin José, Rondón Marta, Mina Rosa, Ballón Reynaldo; (2003), concluyeron en el estudio que *“existe un alto malestar psicológico entre familiares de pacientes psicóticos, probablemente relacionados al rechazo al enfermo y a la falta de conocimientos sobre la enfermedad y su curso, que no les permite hacerse cargo del cuidado del paciente en casa. Por lo tanto, una mejor atención a las emociones y educativas de las familias, con un enfermo esquizofrénico podría redundar en una mayor permanencia del paciente en el seno familiar”*. Asimismo Mazuelos B., Sandra; Santivañez C., Roxana; Valencia R., María; (1989), concluyeron que *“es necesario implementar programas educativos, de asesoría familiar, seguimiento del paciente, entre otros que contribuyan a lograr una actitud positiva en los familiares, así como su participación activa en la rehabilitación del paciente”*.

Por lo datos obtenidos en el estudio en torno a los conocimientos sobre cuidados generales que tienen los familiares de pacientes con esquizofrenia en hospitalización II de salud mental, se puede evidenciar que el mayor porcentaje manifiestan que conocen que la causa la esquizofrenia es desconocida, del mismo modo que el mayor riesgo de un paciente sin tratamiento es suicidio y/u homicidio, el problema para aprender y estudiar está dado por el deterioro de la atención, memoria y funciones ejecutivas, que el tratamiento farmacológico lo determina el médico, el rol de la familia en relación al cuidado del paciente está dada por acompañamiento especialmente en los momentos importantes de su tratamiento y que el abandono del

tratamiento produce recaída; sin embargo un menor porcentaje considerable no conocen que la esquizofrenia es una enfermedad que se produce por un desbalance bioquímico cerebral, que las alucinaciones se consideran como un trastorno en la percepción, y que la psicoterapia individual en el paciente con esquizofrenia consiste en sesiones programadas con regularidad para que conozca sobre su enfermedad y reconozca los síntomas de alarma o recaída; por lo cual le puede predisponer a que la familia con cierta frecuencia por la falta o insuficiente información que recibe en cuanto a la participación en los cuidados generales le puede conllevar a riesgos a complicaciones sobre agregadas que pueden ocasionar la prolongación de los costos y la estancia hospitalaria, así como un mayor deterioro de sus capacidades funcionales residuales que puede producir una desestabilización en su calidad de vida y retrasar el proceso de recuperación.

Aún, cuando no se conoce bien las causas de la esquizofrenia, se conoce que hay algunos factores que pueden ser favorables y otros modificados o descartados a través de los años. La investigación científica sugiere en pocas palabras, que la genética, el desarrollo prenatal, el medio ambiente en la vida temprana del individuo, la neurobiología y teorías psicológicas y los procesos sociales, son algunos de los factores más importantes.

De ahí que es considerada como una enfermedad que afecta cada día a personas jóvenes y puede iniciarse de forma brusca o lenta y progresiva. Aun cuando en la mayoría de casos, el paciente ya presentaba antecedentes de alteraciones en el comportamiento o en el aprendizaje. Los síntomas se han clasificado en positivos y negativos. También hay síntomas generales, como puede ser el descuido de la

higiene personal, apetito o sed desmedida, abuso del tabaco o de otras sustancias, etc.

Dentro de los síntomas positivos tenemos; las alucinaciones, referidas a la alteración de la percepción, que pueden producirse a través de cualquiera de los sentidos (oído, vista, tacto, gusto y olfato). La forma más común de alucinación en la esquizofrenia es la auditiva, (oír voces) y las visuales. Estas pueden describir las actividades del paciente, entablar una conversación, advertir de peligros e incluso emitir órdenes; los delirios relacionados a trastornos del pensamiento en el cual las creencias personales irracionales, son sostenidas a pesar de la evidencia en contra, inexplicables con los antecedentes culturales de la persona. Los pacientes sufren síntomas de tipo paranoico (aproximadamente un tercio de los pacientes) a menudo tienen delirios de persecución, o creencias irracionales de que se les está estafando, acosando, envenenando o conspirando en su contra. También pueden producirse delirios de grandeza, en los que las personas creen que son figuras importantes o famosas. Algunos pacientes cuentan delirios estrafalarios, tales como la creencia de que un vecino controla su conducta mediante ondas magnéticas; que las personas que aparecen en televisión les dirigen mensajes especiales; o que sus pensamientos están siendo emitidos en voz alta a los demás. Los pensamientos pueden aparecer y desaparecer rápidamente; la persona podría no ser capaz de concentrarse en un solo pensamiento durante mucho tiempo y se distrae fácilmente, incapaz de centrar su atención, pueden no ser capaces de decidir lo que es pertinente o no en una situación, poseer ideas desorganizadas y fragmentadas, dificultad para establecer conversaciones, conllevándole al aislamiento social. Si lo que dice el individuo carece de sentido para las demás personas, éstas tienden a sentirse incómodas y a dejarle solo.

Los síntomas negativos están dados por la falta de motivación o iniciativa, retraimiento social, apatía e insensibilidad emocional (“embotamiento”). Una persona con esquizofrenia puede mostrar los signos asociados a las emociones normales (podría hablar con voz monótona, tener expresiones faciales limitadas, y aparecer extremadamente apática). La persona podría recluirse socialmente, evitando el contacto con los demás; y cuando se ve obligada a intervenir, puede no tener nada que decir, dando la impresión de “pobreza de pensamiento.” La motivación puede disminuir en gran medida, así como su interés por disfrutar de la vida. En los casos severos, una persona podría pasar días enteros sin hacer nada en absoluto, descuidando incluso la higiene más elemental. Estos problemas de expresión emocional y motivación, que pueden ser extremadamente penosos para los familiares y amigos, son síntomas de esquizofrenia y no fallos del carácter o debilidad persona.

Por lo expuesto, según los datos obtenidos en el estudio se puede deducir que los conocimientos sobre cuidados generales según dimensión generalidades sobre la enfermedad por ítems que tienen los familiares de pacientes con esquizofrenia en hospitalización II de Salud Mental, el mayor porcentaje conocen que la falta de expresión y espontaneidad cuando se relaciona con su entorno familiar y/o amigos se denomina “pobreza afectiva”, que la participación de la familia está orientada a enseñarle y entrenarle para lograr independencia, y que los principales síntomas negativos son la mala socialización, pensamiento repetitivo y sin cambio e inmóvil; mientras que un menor porcentaje considerable no conocen que los síntomas referidas al afecto se caracteriza por alegría extrema hasta el llanto y grito, y cuando el paciente cree que es invadido desde fuera o expandido de adentro al exterior es un trastorno de pensamiento; por lo que con mucha

frecuencia debido a la repercusión de la enfermedad dentro de la homeostasia familiar y a la falta de información adecuada para un mejor manejo de conductas que presenta el paciente en el hogar, le puede conllevar a un retraso en el tratamiento sobre el control de signos y síntomas y contribuir a identificar precozmente los riesgos a que está expuesto en caso de incumplimiento del consumo de medicamentos y la continuidad del control médico .

La esquizofrenia es un proceso crónico, pero con buena respuesta al tratamiento. Dado que es un trastorno complejo, el tratamiento debiera ser multifacético. Existe un cierto consenso en el uso simultáneo de fármacos antipsicóticos, y de terapias psicológicas como el modelo cognitivo-conductual y psicoanalítica, y otros, y un enfoque psicosocial de redes asistenciales, hogares y talleres protegidos, que evitan las hospitalizaciones prolongadas. En estas condiciones, la esquizofrenia ha mejorado considerablemente de pronóstico en los últimos 20 años.

De ahí que los familiares de los pacientes se han convertido en un recurso terapéutico indispensable. Es así que los tratamientos integrales actuales de la esquizofrenia consideran al menos tres ejes dimensiones fundamentales; el tratamiento farmacológico, psicosocial y psicoterapéutico.

El tratamiento farmacológico, debido a su complejidad, es importante que un médico especialista en Psiquiatría se haga cargo del proceso diagnóstico y terapéutico, por lo que se indica drogas de primera generación como la clorpromazina, levopromazina, entre otros; de segunda generación como la quetiapina, clozapina, risperidona, entre otras y preparados de depósito. Sin embargo producen efectos secundarios como trastornos motores extra piramidales, sedación,

anhedonia, ganancia de peso, galactorrea, amenorrea, ginecomastia, entre otros. Los neurolépticos son fármacos muy eficaces, más del 90% de respuesta en los brotes agudos, siendo mayor la potencia frente a los síntomas positivos si se mantienen durante un tiempo prudencial, el cual puede retirarse de forma progresiva reduciendo así los efectos secundarios que son muy frecuentes y desagradables.

Por lo que en pacientes que van a seguir de forma continuada el tratamiento, no se puede asegurar que lo realicen adecuadamente dado los efectos secundarios, los cuales al no ser bien tolerados pueden ocasionar el abandono del tratamiento. Por lo que cuando se logra una estabilización en el tratamiento, se deberá establecer un plan multidisciplinario de rehabilitación, reinserción social y laboral, evitando los ambientes empobrecedores y sórdidos de las instituciones.

El tratamiento psicosocial o rehabilitación psicosocial incluye varias intervenciones no médicas para las personas con esquizofrenia y enfatizan la capacitación social y vocacional para ayudar a los pacientes recién diagnosticados o que han estado enfermos por un tiempo a superar dificultades en las áreas cognitivas o de habilidades sociales afectadas. Una de las razones principales de complementar el tratamiento farmacológico con tratamientos psicoterapéuticos es que los primeros solo tienen mayor efectividad sobre los síntomas positivos pero poco ante los negativos no logrando una mejoría en la integración social del paciente. Los programas pueden incluir asesoramiento vocacional, capacitación para el trabajo, técnicas para solucionar problemas de la vida diaria, administración del dinero, uso del transporte público y aprendizaje de destrezas sociales para interactuar mejor con otras personas, lo que conlleva a disminuir las recaídas,

disminuir el estrés, disminuir síntomas negativos e incrementar el ajuste social.

De ahí que por los datos procesados en el estudio acerca de los conocimientos sobre cuidados generales según dimensión tratamiento por ítems que tienen los familiares de pacientes con esquizofrenia en el servicio de hospitalización II de Salud Mental; el mayor porcentaje no conocen que la esquizofrenia se clasifica en simple, catatónica, paranoide, latente y residual; y se identifica físicamente a un paciente con esquizofrenia por la ausencia y/o falta de higiene y confort personal; seguido de un menor porcentaje de familiares que conocen, que cada recaída en el paciente produce deterioro, que al iniciarse la esquizofrenia el paciente presenta trastorno de la personalidad, que el tratamiento psicosocial consiste en entrenamiento en habilidades sociales y que el objetivo es desarrollar habilidad para el manejo de actividades de la vida diaria; lo cual le puede predisponer a recaídas o recaídas y por consiguiente una mayor deterioro de sus capacidades funcionales residuales al paciente con esquizofrenia. De ahí que es importante que el familiar a cargo del cuidado general de paciente en el hogar cumple un rol importante en la identificación precoz de síntomas de complicaciones y realizar diversas actividades para promover la adherencia del paciente al tratamiento y contribuyendo en el proceso de rehabilitación y resocialización a su entorno familiar, social y laboral mejorando su calidad de vida.

CAPITULO V

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Los conocimientos sobre los cuidados generales que tienen los familiares de pacientes con esquizofrenia en el servicio de hospitalización II de Salud Mental, el mayor porcentaje conocen que la causa la esquizofrenia es desconocida, que el mayor riesgo de un paciente con esquizofrenia sin tratamiento es el suicidio y/u homicidio, que el problema para aprender y estudiar en el paciente está dado por el deterioro de la atención, memoria y funciones ejecutivas, que el tratamiento farmacológico lo determina el médico, que el rol de la familia en relación al cuidado del paciente está dada por acompañamiento especialmente en los momentos importantes de su tratamiento y que el abandono del tratamiento produce recaída; seguido de un menor porcentaje considerable que no conocen que la esquizofrenia es una enfermedad que se produce por un desbalance bioquímico cerebral, las alucinaciones se consideran como un trastorno en la percepción, que la psicoterapia individual consiste en sesiones programadas con regularidad para que el paciente conozca sobre su enfermedad y reconozca los síntomas de alarma o recaída.
- Respecto a los conocimientos sobre los cuidados generales según dimensión generalidades sobre la enfermedad por ítems que tienen los familiares de pacientes con esquizofrenia en el servicio de hospitalización II de Salud Mental, la mayoría

conocen que la falta de expresión con el entorno familiar y/o amigos está relacionado con la “pobreza afectiva”, que la participación de la familia está orientada a enseñarle y entrenarle para lograr independencia, y los principales síntomas negativos son la mala socialización, pensamiento repetitivo y sin cambio e inmóvil; seguido de un menor porcentaje considerable en el cual los familiares no conocen que los síntomas respecto al afecto se caracteriza por alegría extrema hasta el llanto y grito, que cuando el paciente cree que es invadido desde fuera o expandido de adentro al exterior es un trastorno de pensamiento.

- En cuanto a los conocimientos sobre los cuidados generales según dimensión tratamiento por ítems que tienen los familiares de pacientes con esquizofrenia en el servicio de hospitalización II de Salud Mental, el mayor porcentaje no conocen que la esquizofrenia se clasifica en simple, catatónica, paranoide, latente y residual; y que se identifica físicamente a un paciente con esquizofrenia por falta de higiene y confort personal; seguido de un porcentaje considerable que conocen que cada recaída en el paciente produce mayor deterioro, que al iniciarse la esquizofrenia el paciente presenta trastorno de la personalidad, el tratamiento psicosocial consiste en entrenamiento en habilidades sociales y en el entrenamiento el objetivo es desarrollar habilidad para el manejo de actividades de la vida diaria.

5.2. RECOMENDACIONES

- ✓ Que las autoridades de la institución, el Departamento y el personal de enfermería a partir de los resultados formule y desarrolle un Programa de psicoeducación dirigida familiares de pacientes al paciente esquizofrénico hospitalizado y familia sobre los cuidados generales en el hogar a fin de promover la adopción de estilos de vida que contribuyan a mejorar su calidad de vida.
- ✓ Que el servicio de hospitalización de salud mental II promueva al personal profesional de Enfermería la elaboración de protocolos o guías de procedimientos sobre el cuidado al paciente con esquizofrenia en el hogar a fin de contribuir a controlar e identificar precozmente el riesgo a recaídas y/o complicaciones derivadas de la continuidad del tratamiento y control médico periódico.
- ✓ Realizar estudios sobre la actitud de los familiares hacia el cuidado del paciente con esquizofrenia en el hogar.
- ✓ Realizar estudios de tipo cualitativos a fin de analizar la participación del familiar en la continuidad del tratamiento en el hogar.

5.3. LIMITACIONES

Los resultados y las conclusiones obtenidas en el estudio solo son válidos y generalizables para los familiares del paciente esquizofrénico hospitalizados en salud mental en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Organización Mundial de la Salud [Internet] Salud mental. España, 2016 [citado 19 enero 2016] Disponible en: www.who.int/mental_health/es
- (2) Ministerio de Salud (MINSA) Salud Mental. 2012. www.msal.gov.ar/saludmental
- (3) INECO. Instituto de Neurología Cognitiva 2011. www.solopsicologia.com/la-esquizofrenia
- (4) Méndez Blanca, Oscar y Fallas Teme. Factores individuales, familiares y profesionales que inciden en la falta de adherencia al tratamiento en la esquizofrenia. Costa Rica.2008. Recuperado de www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis
- (5) Li Ning Anticon, José Luis; Rondón Rondón, Marta Beatriz; Mina, Luz; Ballón Medina, Reynaldo. “Causas de rehospitalización de pacientes esquizofrénicos crónicos”. Rev. neuropsiquiatr; Vol. 66 N° 1 Pág.13-26, Marzo. Perú.2003. tab. LILACS bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?...p...
- (6) Mazuelos B. Sandra, Santivañez C. Roxana, Valencia R. María. “Actitud del Familiar más cercano hacia el Paciente Esquizofrénico en Relación con su Nivel de Conocimientos sobre Esquizofrenia y el Tiempo de Enfermedad del Paciente”. [Tesis para optar el Grado de Bachiller en Enfermería]. Lima – Perú. UPCH. 1990. Facultad de Medicina Alberto Hurtado. Escuela Nacional de Enfermeras Arzobispo Loayza. Biblioteca: Central.

- (7) Napan Navarro Mercedes, “Nivel de conocimientos en paciente sometidos a Hemodiálisis luego de participar en una actividad educativa de enfermería-Centro de Diálisis del Norte S.A.C – 2004”; [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería].Lima – Perú, UNMSM. 2004.
- (8) Duran Tarazona, Lucila Paula. “Conocimientos, Prácticas y Actitudes de Autocuidado en Pacientes Hipertensos pertenecientes a la cartera del Adulto Mayor en el Hospital Uldarico Rocca Fernández Villa El Salvador 2014”. [Trabajo de Investigación para optar el Título de Especialista en Enfermería Cardiológica]. Lima – Perú. UNMSM. 2015.
- (9) Hernández Gómez de Dubon y Dora Florencia, “Conocimiento Actitudes y prácticas de autocuidado de los pacientes Diabético de 40-60 años que asisten a la consulta externa del Hospital de Amatitlán - Guatemala. 2011.
- (10)(11)Bertrando P, Toffanetti D. Historia de la terapia familia: los personajes y las ideas. Barcelona: Paidós; 2004.
- (12) Valencia, M., Rascón M. & Quiroga, H. Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental* 2003. 26, 5, 1-18.
- (13) Pitschel-Walz G, Bauml J, Bender W. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. *J Clinic Psychiatry*. 2006 Mar;67(3):443-52.
- (14) terapiafamiliar.cl/intranet/.../TF%20y%20EQZ%201%20

BIBLIOGRAFÍA

Apiquian R. y otros. Guía de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el Tratamiento de las Personas con Esquizofrenia. Asociación de Psiquiatría de América Latina. 2007.

Alfonso, A. Valoración de las Necesidades del Paciente Esquizofrénico ante la Pérdida del Cuidador Principal. España. . 2006
Disponible:<http://ciencia.micinn.fecyt.es/universidades/dcs/files/Salud-Mental.pdf> [Consulta: 2009)

Aznar P. Elena: Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia; Manual para las familias y el cuidador. Madrid España. Editorial Pirámide. 2004.

A. Sánchez Moreno V, Aparicio Ramos y colbs. Enfermería Comunitaria III Actuación en Enfermería Comunitaria sistemas y Programas de Salud Ed. Interamericana España.2007

Bunge Mario. La Investigación Científica. Madrid España. Editorial Ariel. S.A.2000..

Canales F, Alvarado Pineda .Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud, 2º ed., Washington DC, ed. OPS/OMS 1997.

Hernández S. Roberto, Fernández Bautista. Metodología de la Investigación. México. Edit. Mc Graw-Hill. Interamericana de México. 1991

Novel Martí G., Lluch Canut M^a, López de Vergara M^a. : Enfermería Psicosocial y Salud Mental. Masson, Barcelona, 2003.

Organización Mundial de la Salud. La Salud Mental el Mundo. Disponible: <http://www.ome-aen.org/OMS.htm>. (Consulta: 2009)

Sosa, E. Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. Mérida. Venezuela. 2004.

Tejedor García M^a, Etxabe Marceil M^a. Guía práctica de informes de enfermería en salud mental. Glosa, Barcelona, 2007.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO		PÁG.
A	Operacionalización de la Variable	I
B	Instrumento	III
C	Consentimiento Informado	VII
D	Tabla de Concordancia – Prueba Binomial	VIII
E	Determinación de la Muestra	IX
F	Tabla de Códigos	X
G	Tabla Matriz de Datos	XI
H	Validez del Instrumento	XIII
I	Confiabilidad del Instrumento	XIV
J	Medición de la Variable	XV
K	Datos Generales de los Familiares del Paciente con esquizofrenia en el servicio de hospitalización II de Salud Mental - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2016. Lima – Perú 2016.	XVII
L	Conocimientos sobre Cuidados Generales que Tienen los familiares del paciente con esquizofrenia en el servicio de hospitalización II de Salud Mental Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2016. Lima – Perú 2016.	XVIII
M	Conocimientos sobre Cuidados Generales según Dimensión Generalidades sobre la enfermedad que tienen los familiares del paciente con esquizofrenia en el servicio de hospitalización II de Salud Mental Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2016.Lima – Perú 2016.	XX
N	Conocimientos sobre Cuidados Generales según dimensión Generalidades sobre la enfermedad por ítems que tienen los familiares del paciente con esquizofrenia en el servicio de hospitalización II de Salud Mental Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2016. Lima – Perú 2016.	XXI

ANEXO**PÁG.**

O	Conocimientos sobre Cuidados Generales según dimensión Tratamiento que tienen los familiares del paciente con esquizofrenia en el servicio de hospitalización II de Salud Mental Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2016. Lima – Perú	XXIII
P	Conocimientos sobre Cuidados Generales según Dimensión Tratamiento por ítems que tienen los Familiares del paciente con esquizofrenia en el servicio de hospitalización II de Salud Mental Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2016.Lima – Perú 2016.	XXIV

ANEXO A
OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Valor Final
Conocimientos sobre los cuidados generales que tienen los familiares de los pacientes con esquizofrenia en hospitalización II de Salud Mental - Hospital Edgardo Rebagliati Martins. 2016	Es el conjunto de información, concepto, ideas, hábitos y acciones aprendidas que se adquieren a lo largo de la vida obtenida de manera formal e informal que están orientadas a modificar los estilos de vida y/o producir cambios de conducta ante una situación para enfrentar los diferentes trastornos de conducta que produce la esquizofrenia sobre su calidad de vida.	Es la respuesta expresada del familiar del paciente esquizofrénico sobre toda aquella información que refiere poseer en cuanto a los cuidados generales en torno a las generalidades, signos y síntomas y tratamiento. El cual fue obtenida a través de un cuestionario y valorada en conoce y no conoce.	Generalidades sobre la enfermedad	<p>La esquizofrenia es una enfermedad que se produce x desbalance bioquímico cerebral.</p> <p>La causa de esquizofrenia no es conocida</p> <p>El riesgo del pcte s/tto es suicidio/homicidio</p> <p>La participación familiar está orientada a enseñar y entrenar para lograr independencia.</p> <p>Dentro de los síntomas positivos tenemos alucinaciones, delirios, agitación psicomotriz.</p> <p>Los síntomas negativos son mala socialización, pensamiento repetitivo y sin cambio e inmóvil.</p> <p>El problema para aprender y estudiar está dado por deterioro de atención, memoria y función ejecutiva.</p> <p>Síntomas del afecto está dado por alegría extrema hasta el llanto y grito.</p> <p>Las alucinaciones es un trastorno en la percepción</p> <p>Cuando el pcte cree que es poseído y le quieren hacer daño se llama trastorno del pensamiento.</p> <p>La agresividad se caracteriza por auto y agresión a terceros.</p> <p>La falta de expresión se relaciona con el entorno se denomina como síntoma llamada pobreza afectiva.</p> <p>Cuando no se puede controlar las emociones se denomina episodio psicótico.</p>	<p>Conoce</p> <p>No conoce</p>

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Valor Final
Conocimientos sobre los cuidados generales que tienen los familiares de los pacientes con esquizofrenia en hospitalización en el II de Salud Mental - Hospital Edgardo Rebagliati Martins. 2016	Es el conjunto de información, concepto, ideas, hábitos y acciones aprendidas que se adquieren a lo largo de la vida obtenida de manera formal e informal que están orientadas a modificar los estilos de vida y/o producir cambios de conducta ante una situación para enfrentar los diferentes trastornos de conducta que produce la esquizofrenia sobre su calidad de vida.	Es la respuesta expresada del familiar del paciente esquizofrénico sobre toda aquella información que refiere poseer en cuanto a los cuidados generales en torno a las generalidades, signos y síntomas y tratamiento. El cual fue obtenida a través de un cuestionario y valorada en conoce y no conoce.	Tratamiento	<p>En el Tto la participación de la familia es cumplir con el tto farmacológico, psicológico y social. El tratamiento farmacológico lo indica el médico. El Tto psicosocial consiste en habilidades sociales</p> <p>La psicoterapia individual consiste en sesiones regulares e identificación de síntomas de alarma.</p> <p>Los síntomas de alarma están dados por síntomas psicóticos.</p> <p>El rol de la familia en el cuidado está dado por acompañar al paciente en su tratamiento.</p> <p>Al pte. se le identifica por falta de higiene y confort</p> <p>La esquizofrenia se da c/trastornos de personalidad</p> <p>El objetivo de entrenar habilidades sociales es realizar las actividades de la vida diaria.</p> <p>La esquizofrenia se clasifica en simple, catatonía, paranoide, latente y residual, El abandono del tratamiento produce recaídas</p> <p>Cada recaída produce deterioro.</p>	<p>Conoce</p> <p>No conoce</p>



UNMSM-FM-UPG.
PSEE 2016

ANEXO B

INSTRUMENTO

PRESENTACION:

Buenas tardes, familiares, mi nombre es Victoria Rocío Maita Castro, soy enfermera que en este momento estoy realizando un trabajo de investigación en coordinación con la institución. Para lo cual solicito su colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces, expresándole que es de carácter anónimo y confidencial. Agradezco de antemano su colaboración en el presente estudio.

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

1. Edad:
2. Sexo: (0) F () (1) M ()
3. Grado de Instrucción: a. (1) Primaria () b. (2) Secundaria () c. (3) Superior ()
4. Familiaridad con paciente: a. (1) Cónyuge () b. (2) Hijo (a) () c. (3) Padres ()
5. Ocupación:
6. Número de hospitalización del paciente: a. (1) Nuevo () b. (2) Continuador ()
7. Cuantas hospitalizaciones en el 2015.....

INSTRUCCIONES

Marque con (X) la respuesta que considere correcta:

1. **La esquizofrenia es**
 - a) Brujería o enfermedad del daño
 - b) Debilidad mental
 - c) Una enfermedad que se produce por desbalance bioquímico cerebral
 - d) Un castigo de Dios
2. **La causa de la esquizofrenia es**
 - a) Continuos golpes en la cabeza
 - b) Es hereditaria
 - c) No se sabe el origen
 - d) Por tomar muchas medicinas
3. **El mayor riesgo de un paciente con esquizofrenia sin tratamiento es**
 - a) Suicidio y/u homicidio
 - b) Ser pobre toda su vida
 - c) Tener mucha familia
 - d) Tener mucha tristeza
4. **La participación de la familia del paciente con esquizofrenia está orientada:**
 - a) A darle suficiente dinero

- b) A encontrarle una novia o novio
 - c) A la ingesta abundante de alimentos
 - d) A enseñarle y entrenarle para lograr independencia
- 5. Dentro de los principales síntomas positivos en la esquizofrenia son:**
- a) Alucinaciones, Delirios, Agitación psicomotriz.
 - b) Obsesivo con la comida y los dulces
 - c) Teje, cocina, lava y plancha mucho
 - d) Muy tranquilo con las personas
- 6. Dentro de los principales síntomas negativos en la esquizofrenia son:**
- a) Mala socialización, Pensamiento repetitivo y sin cambio e inmóvil.
 - b) Alegría, baile, Juego.
 - c) Actitud sobreprotectora, muy amoroso
 - d) Muy sociables o muy tranquilos con las personas
- 7. El problema para aprender y estudiar en el paciente está dado por el:**
- a) Deterioro de la atención, memoria y funciones ejecutivas
 - b) Aprenden rápido y se olvidan rápido
 - c) Aprenden lento y se olvidan rápido
 - d) Muy atentos
- 8. Los síntomas que tienen que ver con el afecto se caracteriza por:**
- a) Alegría extrema hasta el llanto y grito
 - b) Les gusta los abrazos y el contacto físico
 - c) Camina por la calle cantando muy alegre
 - d) Intenta aprender muy rápido
- 9. Las alucinaciones se consideran como un:**
- a) Trastornos en la percepción
 - b) Trastornos en el comportamiento
 - c) Trastornos en la visión solamente
 - d) Trastornos en la alimentación
- 10. Cuando el paciente cree que es invadido desde fuera o expandido de adentro al exterior y cree que le quieren hacer daño y/o hablan mal de él se le conoce como:**
- a) Porque es sabio
 - b) Daño ocasionado por otras personas
 - c) Porque es vidente
 - d) Trastornos en el pensamiento
- 11. El riesgo de la agresividad se caracteriza por:**
- a) Pérdida de dinero el paciente
 - b) Vergüenzas para la familia
 - c) Autoagresión y/o agresión a terceros
 - d) Juego de manos
- 12. La falta de expresión y espontaneidad cuando se relaciona con su entorno familiar y/o amigos se le conoce como:**
- a) Es un síntoma llamado “pobreza afectiva”
 - b) Es un síntoma llamado “alucinaciones”
 - c) Es un síntoma llamado “verborrea”
 - d) Es un síntoma llamado “calentura”

13. Cuando la persona no puede controlar las emociones, ni relacionarse se llama:

- a) Alucinación
- b) Delusión
- c) Episodio psicótico
- d) Brujería

14. El cuidado en el tratamiento del paciente y la intervención de la familia es

- a) Cumplimiento en la comida, gaseosa y chocolates
- b) Cumplimiento en la salud, dinero y amor
- c) Cumplimiento en el trabajo, sueldo y vacaciones
- d) Cumplimiento en tratamiento farmacológico, psicológico, terapéutico y social

15. El tratamiento farmacológico lo determina

- a) El medico
- b) El paciente según su experiencia
- c) El farmacéutico
- d) Cualquiera lo puede recomendar

16. El tratamiento psicosocial consiste en.

- a) Entrenamiento en habilidades sociales
- b) Preparación para enterarse de lo que pasa con los vecinos
- c) Conocer cómo piensan los vecinos
- d) Educación vocacional

17. La Psicoterapia individual en el paciente con esquizofrenia consiste

- a) En sesiones programadas con regularidad para que el paciente conozca sobre su enfermedad y reconozca los síntomas de alarma o recaída.
- b) En sesiones programadas para interrogar y escarbar los problemas del paciente
- c) En sesiones de auscultación mental para trabajar en la vida diaria
- d) Sesiones de sanación mental

18. Los síntomas de alarma en un paciente son

- a) Cualquier indicio de inicio de los síntomas psicóticos
- b) Cuando ya amenaza con matar
- c) Cuando siente demasiado sueño
- d) Cuando come mucho

19. El rol de la familia en relación al cuidado del paciente está dada por.

- a) Acompañamiento especialmente en los momentos importantes de su tratamiento
- b) Hacer todo por el
- c) Esconder sus errores para protegerlo de
- d) Protegerlo de todos.

20. Se identifica físicamente a un paciente con esquizofrenia por:

- a) Falta de higiene y confort personal
- b) Dice y hace cosas extrañas
- c) Dificultad para pagar sus gastos
- d) No poder viajar en auto

- 21. Al iniciarse la esquizofrenia el paciente presenta**
- a) Trastorno de la personalidad
 - b) Dolor de estomago
 - c) Problemas con los vecinos
 - d) Dificultades en la sesión espiritual
- 22. En el entrenamiento en habilidades sociales el objetivo principal es desarrollar la:**
- a) Habilidad para el manejo de las actividades de la vida diaria
 - b) Habilidad para hacer un diario o escribir un libro
 - c) Habilidad para leer, estudiar y trabajar
 - d) Habilidad para hacer todos los quehaceres de la casa
- 23. La esquizofrenia se clasifica en**
- a) Simple, catatónica, paranoide, latente y residual
 - b) Compleja, mixta, local y expansiva
 - c) Sola, estereotipada y aplanada
 - d) Latente, circular, intermitente y remitente
- 24. El abandono del tratamiento produce**
- a) Malestar
 - b) Recaída
 - c) Dolor de cabeza
 - d) Felicidad
- 25. Cada recaída en el paciente produce**
- a) Sanación
 - b) Alegría
 - c) Deterioro
 - d) Calor

Gracias por su participación

ANEXO C
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....DNI.....

a través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “Nivel de Conocimientos sobre cuidados generales que tienen los familiares de los pacientes con esquizofrenia en hospitalización II de Salud Mental - Hospital Edgardo Rebagliati Martins. 2016”. Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, confió en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

.....
Firma del participante

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado Señora (Sr.), (Srta.)

El investigador del estudio para la cual usted ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con usted a guardar la misma confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudiquen en lo absoluto.

ATTE.

.....
Victoria R. Mayta Castro
Autor del Estudio

ANEXO D
TABLA DE CONCORDANCIA - PRUEBA BINOMIAL
JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	N° DE JUEZ								PUNTAJE
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035
7	1	1	1	1	1	0	1	1	0.035

Favorable = 1 (SI) Desfavorable = 0 (NO)

Si $p < 0.05$ la concordancia es SIGNIFICATIVA

ANEXO E

DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

MUESTREO DE PROPORCIONES PARA POBLACION FINITA

Tamaño de la muestra.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo

Z = Es la desviación del valor medio que aceptamos para lograr el nivel de confianza deseado. En función del nivel de confianza que busquemos, usaremos un valor determinado que viene dado por la forma que tiene la distribución de Gauss. 95% = 1.96

e = Es el margen de error máximo que admito (p.e. 0.1%)

p = Es la proporción que esperamos encontrar.

Reemplazando:

$$n = \frac{300 (1,96)^2 (0,5) (0,5)}{300 - 1 (0,1)^2 + (1,96)^2 (0,5) (0,5)} = \frac{288.12}{3.9504} = 72.93 = 73$$

n = 73 familiares

$$\text{Factor de Corrección: } n = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}} = \frac{73}{1.243} = 59 \text{ familiares}$$

ANEXO F

TABLA DE CODIGOS

DATOS GENERALES

N°	Pregunta-Variable	Categoría	Código
1	Edad	21 – 30 años	1
		31 – 40 años	2
		41 – 50 años	3
		51 – 60 años	4
2	Sexo	Femenino	0
		Masculino	1
3	Grado de Instrucción	Primaria	1
		Secundaria	2
		Superior	3
2	Estado Civil	Soltera	1
		Casada	2
		Conviviente	3
		Divorciada	4
3	Grado de Instrucción	Primaria	1
		Secundaria	2
		Técnico	3
		Profesional	4
4	Familiaridad con paciente	Cónyuge	1
		Hijo (a)	2
		Padres	3
5	Ocupación	Independiente	1
		Dependiente	2
		Su casa	3
6	Número de hospitalización del paciente	Nuevo	1
		Continuador	2
7	Cuántas hospitalizaciones en el 2015	1 - 3	1
		4 – 6	2
		+ 7	3

DATOS ESPECIFICOS

N°	Respuesta Correcta	N°	Respuesta Correcta	N°	Respuesta Correcta
1	C = 1	10	D = 1	19	A = 1
2	C = 1	11	C = 1	20	A = 1
3	A = 1	12	A = 1	21	A = 1
4	D = 1	13	C = 1	22	A = 1
5	A = 1	14	D = 1	23	A = 1
6	A = 1	15	A = 1	24	B = 1
7	A = 1	16	A = 1	25	C = 1
8	A = 1	17	A = 1		
9	A = 1	18	A = 1		

ANEXO G

N	TABLA MATRIZ DE DATOS																									TOTAL	
	DIMENSION GENERALIDADES													DIMENSION TRATAMIENTO													
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25		
1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	9
2	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	10	
3	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	13	
4	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	8	
5	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	12	
6	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	9	
7	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	12	
8	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	8	
9	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	18	
10	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	19	
11	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	22	
12	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	21	
13	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	20	
14	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	20	
15	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	20	
16	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	21	
17	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	19	
18	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	17	
19	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	18	
20	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	17	
21	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	17	
22	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	17	
23	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	17	
24	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	17	
25	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	16	
26	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	16	
27	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	16	
28	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	15	
29	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	19	

N	TABLA MATRIZ DE DATOS																									TOTAL
	DIMENSION GENERALIDADES													DIMENSION TRATAMIENTO												
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	
30	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	17
31	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	9
32	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	10
33	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	13
34	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	8
35	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	12
36	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	9
37	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	12
38	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	8
39	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	18
40	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	19
41	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	22
42	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	21
43	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	20
44	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	20
45	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	20
46	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	21
47	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	19
48	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	17
49	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	18
50	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	17
51	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	19
52	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	19
53	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	18
54	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	18
55	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	18
56	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	16
57	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	16
58	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	15
59	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	19
60	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	18

ANEXO H

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Se aplica la fórmula “r de Pearson” en cada uno de los ítems del instrumento según estructura.

$$R = \frac{N \sum (x_i y_i) - (\sum x_i)(\sum y_i)}{[N (\sum x_i^2) - (\sum x_i)^2]^{1/2} [N (\sum y_i^2) - (\sum y_i)^2]^{1/2}}$$

Nº	r de Pearson	Nº	r de Pearson
1	0.55	14	0.29
2	0.20	15	0.55
3	0.57	16	0.20
4	0.70	17	0.67
5	0.72	18	0.41
6	0.57	19	0.20
7	0.79	20	0.02
8	-0.39	21	0.56
9	0.59	22	0.56
10	0.52	23	-0.43
11	0.19	24	0.57
12	0.34	25	0.32
13	-0.13		

Si $r > 0.20$, el instrumento es válido en cada uno de los ítems, excepto en el ítems 8, 13, 19 y 23 los cuales no alcanzan el valor deseado, sin embargo por su importancia en el estudio se conservan.

ANEXO I

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento Cuestionario se procedió a utilizar la formula Kuder de Richardson:

$$K-R \left(\frac{k}{K - 1} \right) \left(1 - \frac{\sum P.Q}{Sx^2} \right)$$

Donde:

k : N° de preguntas o ítems.

Sx²: Varianza de la prueba.

p : Proporción de éxito, proporción donde se identifica la característica o atributo en estudio.

q : Proporción donde no se identifica al atributo.

Confiabilidad	Valor	ítem Validos
Kuder Richardson	0.79	21

$$\alpha = 0.79$$

Si el $\alpha = 0.5$ ó $>$ el instrumento es confiable

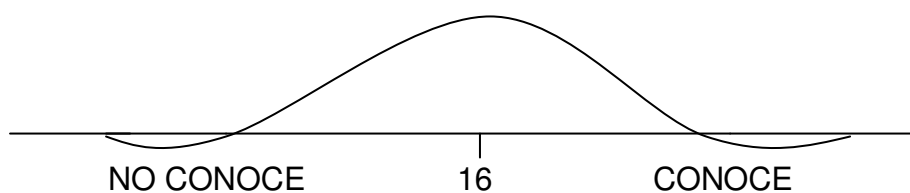
ANEXO J

MEDICIÓN DE LA VARIABLE

CONOCIMIENTOS

1. Se determinó el promedio (\bar{x})

$$\bar{x} = 16.15 = 16$$



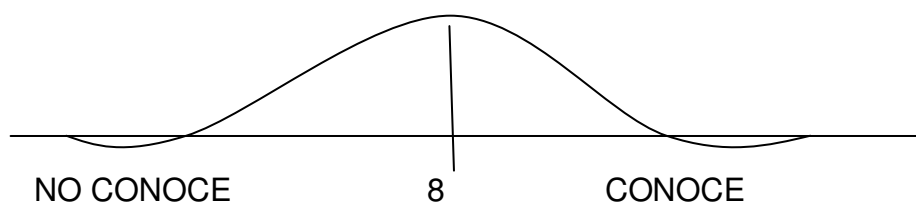
$$\text{CONOCE} = (17 - 25)$$

$$\text{NO CONOCE} = (0 - 16)$$

DIMENSION GENERALIDADES SOBRE LA ENFERMEDAD

2. Se determinó el promedio (\bar{x})

$$\bar{x} = 8.16 = 8$$



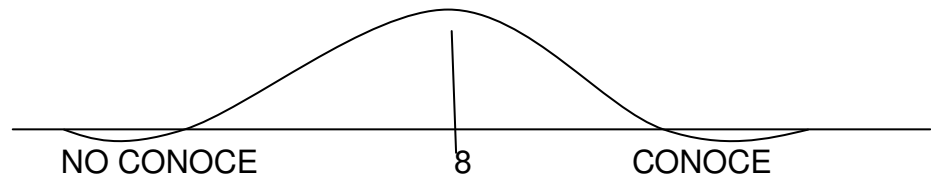
$$\text{CONOCE} = (9 - 13)$$

$$\text{NO CONOCE} = (0 - 8)$$

DIMENSION TRATAMIENTO

2. Se determinó el promedio (\bar{x})

$$\bar{x} = 7.98 \approx 8$$



$$\text{CONOCE} = (9 - 12)$$

$$\text{NO CONOCE} = (0 - 8)$$

ANEXO K

DATOS GENERALES DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION II DE SALUD MENTAL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS LIMA – PERÚ 2016

Categoría	N	%
EDAD		
21 – 30 años	6	10
31 – 40 años	3	5
41 – 50 años	16	27
51 – 60 años	20	33
60 – 80 años	15	25
TOTAL	60	100%
SEXO		
Femenino	33	55
Masculino	27	45
TOTAL	60	100%
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Primaria	6	10
Secundaria	12	20
Superior	42	70
TOTAL	60	100%
FAMILIARIDAD CON PACIENTE		
Cónyuge	6	10
Hijo (a)	6	10
Padres	30	50
otros	18	30
TOTAL	60	100%
OCUPACIÓN		
Independiente	15	25
Dependiente	18	30
Su casa	27	45
TOTAL	60	100%
NÚMERO DE HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE		
Nuevo	15	25
Continuador	45	75
TOTAL	60	100%
NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES EN EL 2015		
0	24	40
1 - 3	27	45
4 –6	6	10
+ 7	3	5
TOTAL	60	100%

Fuente: Instrumento aplicado a familiares de pacientes esquizofrénicos, HERM- Es Salud - 2016

ANEXO L

**CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS GENERALES QUE TIENEN
LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA EN
EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION II DE SALUD
MENTAL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS
LIMA-PERU
2016**

CONOCIMIENTOS	N°	%
CONOCE	37	62%
NO CONOCE	23	38%
TOTAL	60	100%

Fuente: Instrumento aplicado a familiares de pacientes esquizofrénicos, HERM- Es Salud - 2016

(Grafico N° 1, Anexo L). Los aspectos que conocen están dados por que 67% (40) refieren que la causa de la esquizofrenia es desconocida, 63% (38) que el mayor riesgo de un paciente con esquizofrenia sin tratamiento es suicidio y/u homicidio, 67% (40) que el problema para aprender y estudiar en el paciente está dado por el deterioro de la atención, memoria y funciones ejecutivas, 67% (40) que el tratamiento farmacológico lo determina el médico, 67% (40) que el rol de la familia en relación al cuidado del paciente está dada por acompañamiento especialmente en los momentos importantes de su tratamiento y 67% (40) el abandono del tratamiento produce recaída; seguido de aspectos referido a que el 40% (24) no conocen que la esquizofrenia es una enfermedad que se produce por un desbalance bioquímico cerebral, 43% (26) las alucinaciones se consideran como un trastorno en la percepción, 37% (22) que la psicoterapia individual en el paciente con esquizofrenia consiste en sesiones programadas con regularidad para

que conozca sobre su enfermedad y reconozca los síntomas de alarma o recaída. (Anexo N, P).

En cuanto a los conocimientos sobre cuidados generales según dimensión generalidades sobre la enfermedad por ítems que tienen los familiares de pacientes con esquizofrenia en el servicio de hospitalización II de Salud Mental, del 100% (60), 60% (36) conocen y 40% (24) no conocen (Anexo M). Los ítems que conocen están referidos a que 90% (54) expresan que la falta de expresión y espontaneidad cuando se relaciona con su entorno familiar y/o amigos es “pobreza afectiva”, 83% (50) que la participación de la familia está orientada a enseñarle y entrenarle para lograr independencia, y 80% (48) los principales síntomas negativos son mala socialización, pensamiento repetitivo y sin cambio e inmóvil; mientras que los aspectos que no conocen están dados porque 73% (44) manifiestan que los síntomas respecto al afecto se caracteriza por alegría extrema hasta el llanto y grito, y 47% (28) cuando el paciente cree que es invadido desde fuera o expandido de adentro al exterior es un trastorno de pensamiento. (Grafico N° 2, Anexo N).

ANEXO M

**CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS GENERALES SEGÚN DIMENSION
GENERALIDADES SOBRE LA ENFERMEDAD QUE TIENEN LOS
FAMILIARES DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA EN EL
SERVICIO DE HOSPITALIZACION II DE SALUD MENTAL
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS
LIMA-PERU
2016**

CONOCIMIENTOS	N°	%
CONOCE	36	60%
NO CONOCE	24	40%
TOTAL	60	100%

Fuente: Instrumento aplicado a familiares de pacientes esquizofrénicos, HERM- Es Salud - 2016

ANEXO N

CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS GENERALES SEGÚN DIMENSION GENERALIDADES SOBRE LA ENFERMEDAD POR ITEMS QUE TIENEN LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION II DE SALUD MENTAL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS LIMA-PERU 2016

ITEMS	CONOCE		NO CONOCE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
1. La esquizofrenia es una enfermedad que se produce por desbalance bioquímico cerebral.	36	60%	24	40%	60	100%
2. La causa de la esquizofrenia no se sabe el origen.	40	67%	20	33%	60	100%
3. El mayor riesgo de un paciente con esquizofrenia sin tratamiento es suicidio y/u homicidio	38	63%	22	37%	60	100%
4. La participación de la familia del paciente con esquizofrenia está orientada a enseñarle y entrenarle para lograr independencia	50	83%	10	17%	60	100%
5. Dentro de los principales síntomas positivos en la esquizofrenia son alucinaciones, delirios, agitación psicomotriz.	50	83%	10	17%	60	100%
6. Dentro de los principales síntomas negativos en la esquizofrenia son mala socialización, Pensamiento repetitivo y sin cambio e inmóvil.	48	80%	12	20%	60	100%
7. El problema para aprender y estudiar en el paciente está dado por el deterioro de la atención, memoria y funciones ejecutivas	40	67%	20	33%	60	100%
8. Los síntomas que tienen que ver con el afecto se caracteriza por alegría extrema hasta el llanto y grito	16	27%	44	73%	60	100%
9. Las alucinaciones se consideran como un trastornos en la percepción	34	57%	26	43%	60	100%
10. Cuando el paciente cree que es invadido desde fuera o expandido de adentro al exterior y cree que le quieren hacer daño y/o hablan mal de él se le conoce como trastornos en el pensamiento	32	53%	28	47%	60	100%

ITEMS	CONOCE		NO CONOCE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
11. El riesgo de la agresividad se caracteriza por juego de manos	38	63%	22	37%	60	100%
12. La falta de expresión y espontaneidad cuando se relaciona con su entorno familiar y/o amigos se le conoce como un síntoma llamado “pobreza afectiva”	54	90%	6	10%	60	100%
13. Cuando la persona no puede controlar las emociones, ni relacionarse se llama episodio psicótico	14	3%	6	7%	60	100%

Fuente: Instrumento aplicado a familiares de pacientes esquizofrénicos, HERM- Es Salud - 2016

ANEXO O

**CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS GENERALES SEGÚN DIMENSION
TRATAMIENTO QUE TIENEN LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CON
ESQUIZOFRENIA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION II DE
SALUD MENTAL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS
LIMA-PERU
2016**

CONOCIMIENTOS	N°	%
CONOCE	37	62%
NO CONOCE	23	38%
TOTAL	60	100%

Fuente: Instrumento aplicado a familiares de pacientes esquizofrénicos, HERM- Es Salud - 2016

ANEXO P

CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS GENERALES SEGÚN DIMENSION TRATAMIENTO POR ITEMS QUE TIENEN LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION II DE SALUD MENTAL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS LIMA-PERU 2016

ITEMS	CONOCEN		NO CONOCEN		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
14. El cuidado en el tratamiento del paciente y la intervención de la familia es cumplimiento en tratamiento farmacológico, psicológico, terapéutico y social.	48	80%	12	20%	60	100%
15. El tratamiento farmacológico lo determina el médico.	40	67%	20	33%	60	100%
16. El tratamiento psicosocial consiste en entrenamiento en habilidades sociales.	55	92%	5	8%	60	100%
17. La Psicoterapia individual en el paciente con esquizofrenia consiste en sesiones programadas con regularidad para que el paciente conozca sobre su enfermedad y reconozca los síntomas de alarma o recaída.	38	63%	22	37%	60	100%
18. Los síntomas de alarma en un paciente son cualquier indicio de inicio de los síntomas psicóticos.	38	63%	22	37%	60	100%
19. El rol de la familia en relación al cuidado del paciente está dada por acompañamiento especialmente en los momentos importantes de su tratamiento.	40	67%	20	33%	60	100%
20. Se identifica físicamente a un paciente con esquizofrenia por falta de higiene y confort personal.	26	43%	34	57%	60	100%
21. Al iniciarse la esquizofrenia el paciente presenta trastorno de la personalidad.	50	83%	10	17%	60	100%
22. En el entrenamiento en habilidades sociales el objetivo principal es desarrollar la habilidad para el manejo de las actividades de la vida diaria.	42	70%	18	30%	60	100%

ITEMS	CONOCEN		NO CONOCEN		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
23. La esquizofrenia se clasifica en simple, catatónica, paranoide, latente y residual.	12	20%	48	80%	60	100%
24. El abandono del tratamiento produce recaída.	40	67%	20	33%	60	100%
25. Cada recaída en el paciente produce deterioro.	50	83%	10	17%	60	100%

Fuente: Instrumento aplicado a familiares de pacientes esquizofrénicos, HERM- Es Salud - 2016